

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA APLICADA
ADOLESCENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DEPRESIVOS

POR:

MARTA CECILIA DÍAZ VARGAS

**Tesis presentada como uno de los
requisitos para optar por el grado
de Magister en Psicología Clínica**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2007

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:	PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE:	PSICOLOGÍA.
NÚMERO DE CÓDIGO:	_____.
NOMBRE DE LA ESTUDIANTE:	MARTA CECILIA DÍAZ VARGAS.
CÉDULA:	7-701-1292.
TÍTULO AL QUE ASPIRA:	MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
TEMA DE LA TESIS:	PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA APLICADA A ADOLESCENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
NOMBRE DEL ASESOR:	MAGÍSTER RICARDO LÓPEZ.
FIRMA DEL ASESOR:	_____.
FIRMA DE LA ESTUDIANTE:	_____.
APROBADO POR:	_____.
	COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PANAMÁ, 2007

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. La Adolescencia.....	2
1.1. Desarrollo físico.....	2
1.2. Desarrollo intelectual.....	4
1.2.1. Conductas típicas que indican un pensamiento egocéntrico.....	5
1.2.1.1. Hallar fallas en las figuras de autoridad.....	5
1.2.1.2. Tendencia a discutir.....	5
1.2.1.3. Autoconciencia.....	5
1.2.1.4. Egocentrismo.....	5
1.2.1.5. Indecisión.....	6
1.2.1.6. Hipocresía aparente.....	6
1.3. La búsqueda de identidad.....	6
1.3.1. Elementos para la formación de la identidad.....	9
1.3.1.1. El establecimiento del concepto de sí mismo o la toma de conciencia de sí mismo.....	9
a. El nivel de autoestima.....	9
b. La imagen de su propio cuerpo.....	10
c. El ambiente familiar.....	10
d. El ambiente o contexto sociocultural.....	10
1.3.1.2. Independencia y autonomía.....	11
1.3.1.3. Adopción de decisiones frente a la vida.....	11
a. El ajuste a las demandas sociales propias de su sexo.....	12
b. La elección ocupacional.....	12

1.3.2. Etapas preparatorias de la identidad.....	13
1.3.2.1. Confianza frente a desconfianza.....	13
1.3.2.2. Autonomía frente a vergüenza y duda.....	14
1.3.2.3. Iniciativa frente a culpa.....	15
1.3.2.4. Laboriosidad frente a inferioridad.....	15
1.3.3. Aspectos de la identidad.....	16
1.3.3.1. Polarización de las diferencias sexuales frente a confusión bisexual.	16
1.3.3.2. Liderazgo y adhesión frente a confusión respecto a autoridades.....	16
1.3.3.3. Compromiso ideológico frente a confusión de valores.....	17
1.4. Crisis de identidad.....	19
1.4.1. Aspectos de la crisis de identidad.....	20
1.4.1.1. Afirmación del yo.....	20
a. Una tendencia a la soledad.....	21
b. Un excentricismo.....	21
1.4.1.2. Rebelión contra todo sistema de valores de los adultos.....	21
a. Porque atentan contra su independencia.....	22
b. Por falta de comprensión.....	22
2. La Depresión.....	22
2.1. Síntomas depresivos.....	23
2.1.1. Síntomas anímicos.....	23
2.1.2. Síntomas motivacionales y conductuales.....	24
2.1.3. Síntomas cognitivos.....	24
2.1.4. Síntomas físicos.....	24
2.1.5. Síntomas interpersonales.....	25
2.2. Depresión en adolescentes.....	25
2.3. Fases de la depresión.....	27
2.4. Formas que tiene la depresión en el adolescente.....	29
2.5. Causas de la depresión.....	29
2.6. Recomendaciones para hacer frente a la depresión.....	33

2.7. Suicidio en la adolescencia.....	34
2.7.1. Señales de alarma.....	35
2.7.1.1 Disminución repentina de asistencia a la escuela y descenso en el nivel de logros escolares.....	36
2.7.1.2. Ruptura amorosa.....	36
2.7.1.3 Retraimiento de las relaciones sociales.....	36
2.7.1.4. Intento de suicidio.....	36
2.7.1.5. Suicidios por contagio.....	36
2.8. La depresión a la luz del DSM- IV.....	40
2.8.1. Criterios para el episodio depresivo mayor.....	41
2.8.2. Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.....	43
2.8.3. Criterios para el diagnóstico del trastorno distímico.....	44
2.8.4. Trastorno depresivo no especificado.....	46
2.9. Teorías psicológicas que explican los trastornos depresivos.....	47
2.9.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos.....	47
2.9.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos.....	54
2.9.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos.....	56
2.9.3.1. Teorías del procesamiento de información.....	57
a. Teoría de Beck.....	57
2.9.3.2. Teorías cognitivo-sociales.....	61
a. Teoría de la indefensión aprendida.....	61
b. Teoría reformulada de la indefensión aprendida.....	62
c. Teoría de la desesperanza.....	63
2.9.3.3. Teorías conductuales – cognitivas de los trastornos depresivos....	64
a. teoría del autocontrol de Rehm.....	64
b. Teoría de la autofocalización de Lewinshon	66
2.9.4. Teorías interpersonales de los trastornos depresivos.....	68

CAPÍTULO II

PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA

1. Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.....	72
1.1 Origen y desarrollo de la psicoterapia breve.....	72
1.2. Aspectos fundamentales de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	75
1.2.1. Definición.....	75
1.2.2. Enfoques que utiliza la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	76
1.2.3. Los 10 principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	78
1.2.4. El perfil básico de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	80
1.2.5. Descripción de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	81
1.2.5.1. Sesión inicial.....	81
a. Síntoma principal.....	82
b. Evolución del síntoma principal.....	82
c. Síntomas secundarios.....	82
d. Antecedentes personales.....	82
e. Antecedentes familiares.....	82
f. Formulación dinámica y estructural.....	83
g. Evaluación de las funciones del yo.....	83
h. Transferencia.....	83
i. Alianza terapéutica.....	83
j. Contrato terapéutico.....	84
k. Revisión y planeación.....	84
1.2.5.2. Segunda sesión.....	85
1.2.5.3. Tercera sesión.....	85
1.2.5.4. Cuarta sesión.....	85
1.2.5.5. Quinta sesión.....	85
1.2.5.6. Sexta sesión.....	86
1.3. El proceso terapéutico en la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	86
1.3.1. Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico.....	86

1.3.2. Facilitar la comunicación.....	86
1.3.3. Explicar el proceso terapéutico al final de la sesión inicial en términos sencillos.....	87
1.3.4. Facilitar el aprendizaje.....	87
1.3.5. Técnicas proyectivas.....	87
1.3.6. Importancia de la educación en tratamientos de urgencias de reacciones emocionales a enfermedades físicas.....	88
1.3.7. Comunicación entre paciente y terapeuta.....	88
1.3.8. Interpretación.....	88
1.3.9. Insight.....	88
1.3.10. Trabajando en ello.....	88
1.4. Métodos de intervención en la psicoterapia breve intensiva y de urgencia.....	89
1.4.1. Interpretación.....	89
1.4.2. Catarsis mediata.....	89
1.4.3. Prueba auxiliar de la realidad.....	89
1.4.4. Aplicación de represión.....	89
1.4.5. Sensibilización a las señales.....	90
1.4.6. Educación.....	90
1.4.7. Intelectualización.....	90
1.4.8. Apoyo.....	90
1.4.9. Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar.....	90
1.4.10. Fármacos psicoactivos.....	90
1.5. Factores a considerar en la psicoterapia de la depresión.....	91
1.5.1. Los problemas de la autoestima.....	91
1.5.2. Un superyo severo.....	92
1.5.3. La intraagresión.....	92
1.5.4. Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de posesiones, de autoestima).....	93
1.5.5. Los sentimientos de desilusión.....	93

1.5.6. Los sentimientos de decepción.....	94
1.5.7. La oralidad y hambre de estímulos.....	94
1.5.8. El narcisismo.....	94
1.5.9. La negación.....	95
1.5.10. Las perturbaciones en las relaciones objetales.....	96

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. Metodología.....	99
1.1. Planteamiento del problema.....	99
1.2. Objetivos de la investigación.....	99
1.2.1 Objetivos generales.....	99
1.2.2. Objetivos específicos.....	99
1.3. Preguntas de investigación.....	100
1.4. Hipótesis.....	100
1.4.1. Hipótesis conceptual.....	100
1.4.2. Hipótesis operacional.....	101
1.4.3. Hipótesis estadísticas.....	106
1.5. Variables.....	116
1.5.1. Variable independiente.....	116
1.5.2. Variables dependientes.....	117
1.6. Estrategias de investigación.....	118
1.6.1. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	118
1.7. Conceptos de población y muestra.....	119
1.7.1. Población objetivo.....	119
1.7.2. Población muestral.....	119
1.7.3. Muestra.....	119
1.8. Métodos de selección de los participantes.....	119
1.8.1. Criterios de inclusión.....	119

1.8.2. Criterios de exclusión.....	120
1.9. Técnicas o instrumentos de medición.....	120
1.10. Alcance de la investigación.....	124
1.10.1. Proyección.....	124
1.10.2. Limitaciones.....	124
1.11. Procedimiento.....	125

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Análisis Descriptivo de los Sujetos.....	128
2. Discusión de Resultados.....	152

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.....	160
RECOMENDACIONES.....	162

BIBLIOGRAFÍA.....	165
ANEXOS.....	171

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro I. Datos sociodemográficos del grupo experimental.....	128
Cuadro II. Datos sociodemográficos del grupo control.....	130
Cuadro III. Cálculo prueba t para el pretest de los grupos experimental y control subescala problemas sociales.....	132
Cuadro IV. Cálculo prueba t para el pretest de los grupos experimental y control subescala autoestima.....	133
Cuadro V. Cálculo prueba t para el pretest de los grupos experimental y control subescala depresión suicida.....	134
Cuadro VI. Cálculo prueba t para el pretest de los grupos experimental y control subescala depresión baja energía.....	135
Cuadro VII. Cálculo prueba t para el pretest de los grupos experimental y control subescala culpabilidad/ resentimiento.....	136
Cuadro VIII. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala problemas sociales.....	137
Cuadro IX. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala autoestima.....	138
Cuadro X. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala depresión suicida.....	139
Cuadro XI. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala depresión baja energía.....	140
Cuadro XII. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala culpabilidad/ resentimiento.....	141
Cuadro XIII. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo control en la subescala problemas sociales.....	142
Cuadro XIV. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo control en la subescala autoestima.....	143
Cuadro XV. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo control en la subescala depresión suicida.....	144
Cuadro XVI. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo control en la subescala depresión baja energía.....	145

Cuadro XVII. Cálculo prueba t para el pretest y el posttest del grupo control en la subescala culpabilidad/resentimiento.....	146
Cuadro XVIII. Cálculo prueba t para el posttest de los grupos experimental y control en la subescala problemas sociales.....	147
Cuadro XIX. Cálculo prueba t para el posttest de los grupos experimental y control en la subescala autoestima.....	148
Cuadro XX. Cálculo prueba t para el posttest de los grupos experimental y control en la subescala depresión suicida	149
Cuadro XXI. Cálculo prueba t para el posttest de los grupos experimental y control en la subescala depresión baja energía.....	150
Cuadro XXII. Cálculo prueba t para el posttest de los grupos experimental y control en la subescala culpabilidad/ resentimiento.....	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfica 1. Edades respectivas de los sujetos del grupo experimental.....	129
Gráfica 2. Personas con quienes viven los sujetos del grupo experimental.....	129
Gráfica 3. Edades respectivas de los sujetos del grupo control.....	131
Gráfica 4. Personas con quienes viven los sujetos del grupo control.....	131
Gráfica 5. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala problemas sociales.....	137
Gráfica 6. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala autoestima.....	138
Gráfica 7. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala depresión suicida.....	139
Gráfica 8. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala depresión baja energía.....	140
Gráfica 9. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo experimental en la subescala culpabilidad/ resentimiento.....	141
Gráfica 10. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo control en la subescala problemas sociales.....	142
Gráfica 11. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo control en la subescala autoestima.....	143
Gráfica 12. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo control en la subescala depresión suicida.....	144
Gráfica 13. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo control en la subescala depresión baja energía.....	145
Gráfica 14. Comparación entre el pretest y el posttest del grupo control en la subescala culpabilidad/ resentimiento.....	146

DEDICATORIA

A mis padres, Daniel Díaz Vargas y Aida Vargas Batista, quienes me dieron la vida, su amor, apoyo incondicional y con su espíritu de lucha y dedicación me enseñaron perseverar para lograr los objetivos que me proponga.

A mi hermana, Rita Cecilia, por brindarme su apoyo incondicional y tenacidad; a través de los cuales me inspiró para concluir uno de mis sueños más anhelados.

A mi querida sobrina, Daniela del Rosario, quien a pesar de ser pequeña, ha sido la fuente de inspiración para concluir una de mis metas y ser cada vez mejor brindando lo positivo de mí a cada persona.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primera instancia a Dios, mi padre y amigo fiel, por darme la oportunidad para enfrentar mis retos.

También, agradezco a la familia del Señor Sabino Amaya por brindarme amablemente su residencia para que este sueño se hiciera realidad.

A la directora encargada del Colegio Rafael Quintero Villarreal, profesora Eneida H. de Mojica, por permitirme realizar esta investigación en esta institución educativa.

Igualmente, agradezco a mis compañeros de trabajo, los profesores Víctor Sánchez y Luis López y a las profesoras Viviana Ríos y Nuvia Castillo, quienes generosamente cedían algunas de sus horas para la atención individual de estos adolescentes.

De manera, muy especial, agradezco a los adolescentes que participaron en esta investigación; al igual que a los padres y madres de familia por aceptar la ayuda brindada a estos jóvenes.

Agradezco de forma especial a mi novio Víctor J. por su compañía, apoyo incondicional y por enseñarme cada día una nueva forma de ver y enfrentar la vida.

Un especial agradecimiento al profesor Ricardo López por la paciencia y su asesoría en la realización de esta investigación; al igual que a la profesora Elsa Fajardo por su colaboración.

Deseo agradecer, también a mis compañeras por ofrecerme su amistad, ayuda desinteresada y quienes cariñosamente atendían mis dudas e inquietudes.

En fin, a todos mis familiares y amigos quienes me daban su voz de aliento para que continuara adelante con mis metas.

“Que Dios, Santa Librada, La Virgen del Rosario, San Antonio, Jesús Nazareno y La Virgen del Carmen les bendigan y les continúen añadiendo dichas a su vida”.

RESUMEN

RESUMEN

Se trata de un diseño de investigación cuasiexperimental, tipo estudio de caso con un diseño preprueba- postprueba y grupos intactos, uno de ellos de control, en el cual se brinda tratamiento psicoterapéutico breve a un grupo de nueve adolescentes que presentan síntomas depresivos. Trabajamos con cinco subescalas, estas son: subescala problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento. Se evaluó la efectividad del tratamiento psicoterapéutico con la finalidad de disminuir los síntomas depresivos. Se utilizan los postulados de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Leopoldo Bellak. La muestra estuvo integrada por nueve sujetos, los cuales se compararon una vez se aplica el tratamiento con diez sujetos que pertenecían al grupo control. El tratamiento fue ofrecido en siete sesiones, por lo general una vez por semana, incluyendo la sesión de seguimiento la cual se da un mes después. Podemos concluir que el tratamiento fue efectivo para que los sujetos disminuyeran los síntomas depresivos; es decir, que esta psicoterapia contribuyó al bienestar y desarrollo de una condición digna para enfrentar las dificultades de la vida.

SUMMARY

It is a question of a design of cuasiexperimental research, type of study of cases with a pretest - posttest design and intact groups, one of them of control, which offers to them a brief psychotherapy treatment to a group of nine teenagers who present the depressive symptoms. We work with five sub scales, these are: sub climbs social problems, autoesteem, suicidal depression, lowers energy depression and culpability/ yield. The efficiency of the treatment was evaluated by psychotherapist and the purpose was to diminishing the depressive symptoms. We use the brief, intensive, urgency psychotherapy Leopoldo Bellak's postulates. The sample was integrated by nine persons, which were compared once the treatment were applied to ten persons that concerned to the group of control. The treatment was offered in seven stages, in general once for a week, including the session of follow- up which gives them one month later. We can conclude that the treatment was effective in order to persons were diminishing the depressive symptoms; in other words, the psychotherapy contribute to the well - being and development of conditions to face the difficulties of the life.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de grandes cambios psicológicos y sociales que la colocan en situaciones, de tener que hacer frente a nuevas formas de vida. Si a esto le sumamos, la presencia de síntomas depresivos como: sentimientos de culpa, pensamientos sobre la muerte o el suicidio, disminución de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; se convierte esta etapa en un momento difícil de superar.

En estudios realizados, anteriormente, con adolescentes de la provincia de Panamá se llegó a la conclusión, que un significativo número de adolescentes (25%) resultaron positivos con posibles riesgos suicidas, el 11.6% presentaron ideas suicidas y que el 5.2%, ya lo habían intentado y que las principales causas en esta población son la depresión, las ansiedad generalizada y la fobia social. (Maduro, V. 2005).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta una gran parte de la sociedad actual. Uno de los estratos más afectados es el de los jóvenes, quienes desde el inicio de su vida escolar experimentan ciertos niveles depresivos; provocados por distintas situaciones que involucran una gran cantidad de compromisos que le exigen gran esfuerzo físico y sobre todo intelectual. Existen, además, muchas otras razones entre ellas familiares, sociales, económicas, que conducen al joven al abismo de la depresión. Si los jóvenes, que son la garantía para el éxito permanente de las naciones, no mantienen el equilibrio emocional adecuado, el futuro del mundo será el caos absoluto.

La mayoría de los adolescentes ven la tristeza por la pérdida de una persona amada o un amigo de toda la vida, como parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse en esta etapa de la vida. No obstante, para algunos la depresión puede ser el estado de ánimo predominante; en estos momentos cuando toma las proporciones de una alteración verdaderamente clínica es cuando se requiere de la ayuda profesional. Si no es atendida, tal depresión, puede tornarse crónica y aun más puede conducir al suicidio.

Cada año en Panamá mueren más de cincuenta personas por suicidio; y desafortunadamente, éste sigue siendo una de las tres causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. En nuestro país, los suicidios en los adolescentes han

aumentado considerablemente desde el año 1996 hasta el presente; por lo que se considera que la prevención debe ser una meta importante, la cual será alcanzada al lograr un mejor entendimiento de los factores de riesgo como lo son: las conductas suicidas previas, el abuso de alcohol y droga, los eventos estresantes (problemas familiares y escolares) y las historias familiares de suicidio y de cuándo y cómo operan los mismos (Maduro, V. 2005).

Es esta la razón primordial, por la que se hace necesario el estudio profundo de los distintos casos que presentan los jóvenes con síntomas depresivos, sobretudo la aplicación de un Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia; tendiente a combatir la afección, hasta lograr que el joven recupere su estabilidad y pueda desarrollar una vida libre del padecimiento de trastornos depresivos.

La presente investigación tiene su ámbito de aplicación en el colegio Rafael Quintero Villarreal de la Provincia de Herrera, en adolescentes que presenta síntomas depresivos. Con el fin de lograr la disminución y desaparición de estos síntomas aplicamos una psicoterapia breve según los parámetros de BellaK (1983); quien manifiesta que esta Psicoterapia se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, por lo tanto busca encontrar el mejor punto desde el cual entender al paciente. Las medidas que aplicamos a estos problemas son: regulación de la autoestima, un superyo severo, intraagresión, pérdidas y desilusión.

Aunque, estos factores son los principales en todas las depresiones, juegan un papel importante en cada una. Por ejemplo, algunas veces, los problemas de agravio a la autoestima pueden intervenir en forma importante para precipitar la depresión actual. En otros casos un sentimiento de decepción o desilusión puede haber provocado agresión, que en presencia de un superyo severo, conduce a una intraagresión y no solo depresión, sino a un peligro potencial de suicidio.

Esta investigación presenta en el primer capítulo el marco teórico que sirve de base para este trabajo. En el segundo capítulo presentamos nuestra variable independiente: la psicoterapia breve y en especial, la modalidad Intensiva y de Urgencia.

En el tercer capítulo desarrollamos la metodología que utilizamos en el presente trabajo, aquí encontraremos las hipótesis, los objetivos, las variables entre otros aspectos.

En el cuarto capítulo hacemos referencia al análisis y discusión de los resultados y finalmente en el quinto capítulo presentamos las conclusiones y recomendaciones de dicha investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. La Adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina en los 19 años o comienzo de los 20. (Papalia y Wendkos, 1997).

En general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad en el proceso que conduce a la madurez sexual, surgiendo así una serie de cambios físicos e intelectuales; aunque la adolescencia, también, es un proceso social y emocional.

1.1. Desarrollo físico en la adolescencia

Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen y las características sexuales secundarias aparecen. El proceso toma cerca de cuatro años y comienza casi dos años antes para las niñas, respecto de los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a presentar el cambio hacia la pubertad entre los nueve y diez años de edad, y alcanzan la madurez sexual alrededor de los 13 ó 14 años. Sin embargo, niñas normales pueden mostrar los primeros signos a los siete años o solo hasta los 14 (comenzando la madurez sexual a los 9 y 16 años, respectivamente). La edad promedio en que los muchachos entran a la pubertad es a los 12 años y la madurez sexual a los 14 años. No obstante niños normales pueden comenzar a mostrar cambios entre los 9 y los 16 años (y llegan a su madurez sexual entre los 11 y los 18 años). (Chumlea, 1981 En Papalia y Wendkos, 1997). La madurez, sea precoz o tardía, suele tener consecuencias sociales y psicológicas.

Las hormonas, también, se hallan en estrecha relación con las emociones, específicamente con la agresión de los muchachos, y con la agresión y la depresión en las niñas (Brooks-Gunn, 1988 En Papalia y Wendkos, 1997). Algunos investigadores atribuyen el incremento de las emociones y temperamento de los comienzos de la adolescencia a las hormonas; no obstante, debe recordarse que en los seres humanos las influencias sociales se combinan con las hormonales y, en ocasiones, predominan. De ese modo, aunque existe relación bien establecida entre la producción de testosterona y la

sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que hacen sus amigos, que con lo que segregan sus glándulas (Brooks-Gunn y Reiter, 1990 En Papalia y Wendkos, 1997).

Una primera señal de maduración es el repentino crecimiento del adolescente, un aumento significativo en estatura y peso que las niñas comienza, generalmente, entre las edades de nueve años y medio y catorce años y medio (es usual que sea cerca de los 10 años), y en muchachos entre los 10 años y medio y los 16 (por lo común, a los 12 o 13). Por regla general, dura dos años y poco después de que este crecimiento termina, la persona alcanza su madurez sexual. El aumento de estatura queda virtualmente completo hacia los 18 años. (Behrman y Vaughan, 1983 En Papalia y Wendkos, 1997).

El principal signo de madurez en las niñas es la menstruación; en los muchachos es la presencia de esperma en la orina (un muchacho es tan fértil como se presenta el esperma). Tanto la venida de la primera menstruación como la primera aparición del esperma en la orina son variables. Un estudio longitudinal encontró que solo el 2% de los niños de 11 a 12 años presentaban espermatozoides en la orina, en comparación con el 24% para los de 15 años (Richardson y Short, 1978 En Papalia y Wendkos, 1997).

Otra señal de la pubertad en un muchacho es la eyaculación de semen mientras duerme, conocida como eyaculación nocturna (comúnmente denominada sueño húmedo). La mayoría de los jóvenes, hayan tenido o no una relación sexual o si se masturban con cierta frecuencia, tienen estas emisiones de semen, las cuales son normales y pueden tener relación o no con un sueño erótico.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de madurez sexual que incluyen en forma directa los órganos sexuales; entre ellas esta el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de la espalda en los hombres. Otras características sexuales secundarias incluyen los cambios de voz, textura de la piel y el

vello corporal. El momento de la aparición de estos signos varía pero su secuencia es muy consistente.

Las jóvenes adolescentes se inclinan más a la depresión, que los chicos; sobre todo, por la preocupación que les causa su aspecto. Se sienten feas, se consideran demasiadas gorda, flacas, bajas o altas u odian su cabello o su complexión. Antes de la pubertad, los índices de depresión son los mismos en niñas y niños; sin embargo, hacia los 12 años las niñas comienzan a tener índices mas altos, y hacia los 14 duplican los de los muchachos (Lewinsohn, en Goleman, 1990b; Rierdan, COF y Stubbs, 1988, 1989 En Papalia y Wendkos, 1997).

2.3. Desarrollo intelectual en la adolescencia

La explicación dominante para los cambios en la forma de pensar en los adolescentes ha sido la de Jean Piaget, quien vio que entraban al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo del que la gente es capaz. Piaget llamó a este nivel, cauterizado por la capacidad para el pensamiento abstracto, operaciones formales.

El logro de las operaciones formales le permite al adolescente contar con una nueva forma de manipular, o funcionar con información. Ya no están limitados a pensar acerca del aquí y del ahora, como en la etapa cognoscitiva anterior de las operaciones concretas. Ahora pueden manejar abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas.

Aquellos seres totalmente egocéntricos, cuyos intereses no se extendían más allá de sus entornos, ahora se han convertido en adolescentes; en personas que pueden resolver problemas complejos, analizar dilemas morales y crear la visión de sociedades ideales, aunque en cierta manera el pensamiento del adolescente siga siendo inmaduro.

1.2.1. Conductas típicas que indican un pensamiento egocéntrico

A continuación mencionaremos algunas conductas que son típicas de los adolescentes, que nos indican un pensamiento egocéntrico.

1.2.1.1. Hallar fallas en las figuras de autoridad

Los adolescentes tienen una nueva habilidad para imaginar un mundo ideal. Comprenden que las personas que una vez adoraron han dejado de ser sus modelos, y con frecuencia, se sienten impulsados a expresarlo.

1.2.1.2. Tendencia a discutir

Los adolescentes quieren practicar su nueva capacidad para ver los diferentes matices de un aspecto. Si los adultos animan y toman parte en los argumentos acerca de los principios, y evitan con cuidado las discusiones de personalidad, pueden ayudar a los jóvenes a ampliar su capacidad de razonamiento sin llegar a involucrarse en una contienda familiar.

1.2.1.3. Autoconciencia

La extrema autoconciencia de los adolescentes puede explicarse con el concepto de la audiencia imaginaria: un observador que sólo existe en sus mentes y quien se halla interesado en sus pensamientos y conductas, tanto como ellos mismos.

Los adolescentes pueden ponerse en la mente de alguien más, pueden pensar sobre el pensamiento de otra persona. Sin embargo, como tienen problemas para distinguir, qué les resulta interesante con respecto a qué es interesante para los demás, suponen que otros piensan lo mismo que ellos.

1.2.1.4. Egocentrismo

Se refiere a la convicción de que las personas se consideran especiales, que sus experiencias son únicas y que no están sujetas a reglas naturales que rigen al resto del mundo. Esta creencia egocéntrica puede ser muy autodestructiva para los jóvenes, pues

piensan que están protegidos mágicamente contra el peligro. “Esas cosas solamente ocurren a los demás y no a mí” es la máxima inconsciente que ayuda a explicar muchos de los riesgos que toman los adolescentes.

1.2.1.5. Indecisión

Los adolescentes tienen problemas para decidirse, aun acerca de las cosas más simples, porque de repente toman conciencia de la multiplicidad de opciones que existe en casi todos los aspectos.

1.2.1.6. Hipocresía aparente

Resulta frecuente que los adolescentes no reconozcan la diferencia, entre expresar un ideal y trabajar por él. Parte del crecimiento implica comprender que “pensar no hace que las cosas sucedan”, y que los valores deban existir previamente para llegar al cambio. Mientras más hablen los jóvenes acerca de sus teorías personales y escuchen las de los demás, más pronto llegarán al nivel de pensamiento maduro (Looft, 1971 En Papalia y Wendkos, 1997).

1.3. La búsqueda de la identidad

La adolescencia es una realidad compleja en la que, aparte de los muchos cambios y transformaciones físicas, culturales, familiares, no se pueden olvidar los cambios realizados en el área de la personalidad. El peculiar modo de sentir y de comportarse en la infancia, es seguido de una etapa de grandes cambios psicológicos y sociales, que lo ponen en situación de tener que construir su identidad personal; al mismo tiempo que tienen que hacer frente a nuevas formas de vida. En ciertas épocas y en otras culturas, el paso de la niñez a la vida adulta era relativamente simple; sin embargo, hoy día y en nuestra cultura, el proceso de convertirse en adulto es sumamente complejo. Y si en épocas anteriores el principal problema de la adolescencia era el de formar la personalidad, en los tiempos actuales, y tras los escritos de Erikson, el problema clave de la adolescencia es el de la búsqueda de la identidad, o el de saber quién es y cuál es su papel en la sociedad.

El adolescente reconoce que no es lo que era, e ignora lo que será. Y ante esta situación emprende una ansiosa búsqueda de su identidad personal. Quiere saber quién es y hacia dónde va. La característica de estos años y la más importante de los años por venir es la búsqueda de la identidad.

La búsqueda de la identidad se intensifica en la adolescencia y se plantea en el campo físico, cognoscitivo y en el desarrollo social y emocional. La identidad y la intimidad son las mayores preocupaciones que subyacen, tras los cambiantes estados de ánimo de los adolescentes. Estos años, también, son difíciles para los padres. En esta época los adolescentes se muestran vacilantes, como los pájaros en las primeras tentativas de vuelo al tratar de abandonar el nido; se revelan contra los lazos que los unen a las generaciones de los mayores y sienten que los padres son un obstáculo antes que una ayuda. Aunque los adolescentes creen que sus amigos son compañeros en la lucha por la independencia, recurren a los padres para que los guíen en asuntos importantes y le brinden ayuda emocional.

La búsqueda de la identidad que se desarrolla durante toda la vida, comienza en la niñez y adquiere mayor preponderancia en la adolescencia. Como Erik Erikson en 1950 destaca, este esfuerzo por darle sentido al YO y al mundo “no es una especie de malestar de maduración”; es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo del adulto. Según Erikson (1968) la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad, para convertirse en un adulto que puede cumplir un importante rol en la vida. Para construir la identidad, el Yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de las personas para adaptarlo a las exigencias de la sociedad.

Erikson sostiene que el pandillismo y la no aceptación de las diferentes características que se presentan en la adolescencia funcionan como defensas contra la confusión de la identidad. La regresión a comportamientos infantiles o la realización de

acciones en la que no manifiestan mucha decisión, puede ser una muestra de que no desean resolver los conflictos.

La virtud principal que surge de esta crisis de identidad, es la virtud de la fidelidad (lealtad a toda prueba, confianza o sentimiento de entrega al ser amado, a los amigos o a los compañeros).

La auto identificación se logra cuando los jóvenes escogen valores o personas para serles leales, antes que aceptar a los que provienen de los padres. La fidelidad implica un sentido de confianza ampliamente desarrollado. Durante la infancia era muy importante confiar en los demás, en especial, nuestros padres; ahora, es importante ser confiable en uno mismo. Además, los jóvenes transfieren la confianza de los padres a otras personas, como mentores o seres amados, que pueden ayudar a guiarlos en la vida.

Erikson afirma que el amor forma parte muy importante en el camino hacia la identidad. El intimar con otras personas y compartir maneras de pensar y sentir permite que el adolescente exponga su propia tentativa de identidad, que ve reflejada en el ser amado y le ayuda a clarificar el YO.

Para James E. Marcia (1980) la identidad es “una organización interna, dinámica y autoconstruida de impulso, habilidades, creencia e historia individual”. (Marcia, 1980 En Papalia y Wendkos, 1997).

Los cambios profundos en la vida de los adolescentes se manifiesta en el acercamiento a las personas del otro sexo, para establecer amistad y relaciones amorosas (o sentimientos amorosos con personas del mismo sexo). El verse a sí mismo como un ser sexual, adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa son elementos importantes para el logro de la identidad sexual.

La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos y las relaciones con los padres y las parejas están ligadas a la sexualidad. La actividad sexual (un beso de vez en cuando, las caricias y el contacto genital) satisface numerosas necesidades de los adolescentes, una de las cuales es el placer físico. Los jóvenes pueden ejercer las actividades sexuales para aumentar la intimidad, buscar nuevas experiencias, probar la madurez, estar a la par con sus compañeros, encontrar alivio a las presiones o internarse en los misterios del amor.

1.3.1. Elementos para la formación de la identidad

La elaboración de la identidad se comporta como el elemento más significativo. A continuación, los elementos esenciales para la formación de la identidad.

1.3.1.1. El establecimiento del concepto de Sí mismo

Aunque el niño desde el comienzo de su existencia va construyendo su propia imagen, es la adolescencia la etapa en la que, de una manera clara, toma conciencia de sí mismo. El yo empírico del niño es sustituido por el yo reflexivo del adolescente; si el niño vivía en las cosas y en los acontecimientos sin otra conciencia de sí mismo, que por las formas de comportamiento, ahora el adolescente descubre que, además, del mundo exterior; hay en él un mundo interior insospechado: el de sus sentimientos, deseos y esperanzas.

Este yo interior del adolescente se convierte en centro de sus preocupaciones y en objeto de sus meditaciones. Esta toma de conciencia de sí mismo en la adolescencia, está principalmente condicionado por los factores siguientes:

a. El nivel de autoestima

Las investigaciones realizadas, al respecto, confirman que durante la adolescencia hay una especial preocupación por su yo, y hasta un 80% de los adolescentes mantiene una imagen positiva de sí mismos (Engels,1956, Calson,1965, Tomé,1972, Monge,1973 En Aguirre, 1996); al mismo tiempo que manifiestan una gran confianza en sí mismos,

capacidad de liderazgo, habilidad para causar buena impresión; por el contrario, el otro 20% tiene una imagen negativa de sí mismos y un bajo nivel de autoestima, presenta conductas depresivas y ansiosas, dificultad en las relaciones personales, sentimientos de incomprensión (Rosenberg, 1973, págs.48-65 En Aguirre, 1996).

b. La imagen de su propio cuerpo

Se comprueba que el adolescente se siente más interesado por el aspecto físico y la apariencia corporal, que por sus cualidades intelectuales y morales (Coleman, 1984, Fierro, 1985 En Aguirre, 1996). La satisfacción por su propio cuerpo se halla correlacionada positivamente hacia sí mismo, mientras que las insatisfacción respecto a la estatura y el peso ejerce una influencia negativa respecto a la autoestima (Gunderson, 1956, Juorard y Secord, 1955 En Aguirre, 1996).

c. El ambiente familiar

Igualmente, recientes investigaciones han demostrado que los adolescentes manifiestan tendencia a una autoestima más alta y a una auto imagen más estable, cuando sienten cerca la atención de sus padres; que ésta aumenta el nivel de autoestima a medida en que son objeto de una atención equilibrada y madura por parte de los padres (Rosenberg, 1973, Págs. 51-54 En Aguirre, 1996).

d. El ambiente o el contexto sociocultural

Los factores sociales determinan, en gran medida, el concepto o la imagen de sí mismo, puesto que la evaluación que uno hace de sí mismo no la hace en abstracto, sino en conformidad con los criterios y las condiciones de una sociedad particular. Por lo mismo, no se puede dudar que el concepto que de sí mismo tiene el adolescente esté condicionado por una serie de factores sociales y culturales, como el ambiente social, el status socioeconómico, la pertenencia a un grupo, la falta de organización y estructuración social en que se encuentra inmerso, modelan y determinan, en cierta medida, la imagen que de sí mismo tiene el adolescente.

1.3.1.2. Independencia y autonomía

El adolescente quiere asegurar su autonomía frente al medio, y la consecución de unos fines fijados por él mismo. Y en este proceso de autonomía personal y de independencia social tiene un papel importante en la emancipación de la familia. El niño ha necesitado afecto materno y el calor del hogar; pero ahora ese afecto y proteccionismo le estorba en orden de dar el paso a una vida autónoma. La emancipación del adolescente no siempre sucede sin problemas, puesto que no todas las familias favorecen esta autonomía. El adolescente no está en actitud de huida, sino de búsqueda. No pretende macharse de casa, sino vivir en ella de otra forma.

Necesita, por una parte, romper el apego materno y, por otra, liberarse de la imposición autoritaria del padre, así como más tarde necesitará romper con el saber del maestro. El empeño de la madre por retener afectivamente al hijo y la insistencia del padre por imponer su autoridad son los dos principales obstáculos en la consecución de la independencia y de la autonomía. El adolescente necesita; primero, que el afecto de la madre pase a otro plano y no lo quiera retener, pues esto lleva o a una renuncia de su desarrollo personal, o a un rechazo y rebelión contra ella; segundo, que el padre renuncie a imponer su autoridad, pues ante tal situación el hijo puede tomar alguna de estas opciones; bien renunciara a la consecución de su autonomía, bien optará por la violencia en la relaciones familiares, o se inclinará por la huida ante la imposibilidad de luchar contra la imposición paterna.

La emancipación respecto a la familia abre al adolescente otras vías de acoplamiento a la sociedad. Va a ser en el grupo de amigos donde encuentre ahora la acogida, comprensión y reconocimiento personal negado por los padres.

1.3.1.3. Adopción de decisiones frente a la vida

La necesidad de poner orden respecto a la nueva situación, por una parte la de ajustarla a las demandas de la sociedad, por otra, hace que el adolescente tenga que plantearse en este momento dos problemas principales:

a. El ajuste a las demandas sociales propias de su sexo

Aparte de los problemas internos derivados de su maduración sexual, se encuentra con las exigencias de una sociedad que le pide una conducta propia de su condición sexual. El cumplimiento de esta demanda social va a depender del carácter de las relaciones padre-hijo. Una relación afectuosa y llena de cuidados y atenciones por parte de los padres, produce una identificación positiva con el padre del propio sexo. Con un buen modelo paterno o materno el adolescente o la adolescente no solo conseguirán una clara y adecuada percepción de su identidad sexual, sino que también, cumplirán las exigencias de la sociedad con respecto a dicha conducta.

Los muchachos que han desarrollado una rigurosa identificación de su papel sexual y han satisfecho sus expectativas de la sociedad, así como aquellos, otros, que solamente tuvieron unos moderados cuidados y atenciones y un moderado modelo de identificación sexual, tienen dos ventajas; encuentran menos obstáculos en establecer un concepto positivo y una mayor confianza en sí mismos, y les cuesta menos trabajo establecer una conducta propia del sexo.

b. La elección ocupacional

La elección y fijación de lo que quiere ser en el futuro es un elemento más de la formación del yo o de la identidad. La elección de la profesión es, ciertamente, un hecho complejo que se inicia en la infancia, pero que tiene una importancia especial en la adolescencia. El niño hace elecciones imaginarias y sueña con profesiones que le parecen apasionantes y que le permiten tener aventuras maravillosas; el adolescente, por el contrario, inicialmente se siente atraído por las que tienen mayor prestigio social en el mundo del adulto, pero al final termina eligiendo alguna profesión que coincida con lo que le hubiera gustado ser y lo que realmente las circunstancias le permitan ser.

La elección ocupacional del adolescente puede verse afectada entre otros, por los siguientes factores:

- El status social de la familia: la clase social alta fija metas vocacionales y ocupacionales para sus miembros, y determina una serie de profesiones y ocupaciones propias de su clase social. De tal manera que si el adolescente selecciona una profesión de rango inferior a su clase social, encuentra el rechazo y la desaprobación de la familia.
- Las posibilidades económicas: aunque los adolescentes de las diferentes clases sociales desean las profesiones de mayor prestigio social, la elección de ellos, sí está ligada a la percepción de la clase social a la que pertenecen y a las posibilidades económicas; es decir, que pueden tener cierto idealismo en sus aspiraciones profesionales , pero son realistas a la hora de elegir.
- La motivación de los padres: la elección de profesiones de reconocido prestigio social, por parte de los adolescentes de la clase media y baja, viene determinada por el estímulo y el apoyo de los padres. Jóvenes de clase social media y baja que se ven incitados y apoyados por sus padres, sienten un especial impulso y atractivo por lograr profesiones de prestigio social.

1.3.2. Etapas preparatorias de la identidad

Las etapas del desarrollo de la identidad de E. Erikson son las siguientes.

1.3.2.1. Confianza frente a desconfianza

Abarca el primer año de vida del niño y está relacionada con los cuidados maternos. Su misión primordial es establecer un sentimiento de confianza y combatir la desconfianza. El inicio del sentimiento de identidad se encuentra en la relación de la madre y del lactante; un encuentro caracterizado por la confianza y el reconocimiento mutuos. Dicha confianza se encuentra presente desde el inicio de la vida y viene a ser la

piedra angular de la personalidad. Sin embargo, hay algunos factores que pueden poner en peligro tal confianza:

- El no proporcionarle el alimento y los estímulos adecuados, ya que el niño no solo necesita que se le proporcione el alimento, sino que también se ha de ofrecer a sus sentidos los estímulos adecuados en tiempo e intensidad. El niño aprende esta actitud receptiva de tomar, en la medida en que la madre desarrolla y coordina sus métodos de dar.
- El apartamiento gradual de la madre y el destete, puede producir en el niño una pérdida tan fundamental, que puede llegar a percibir un sentimiento de que la relación materna ha quedado destruida. Una pérdida drástica del habitual amor materno sin una adecuada sustitución, puede conducir a una depresión infantil aguda. Estas impresiones de haber sido privado y abandonado dejan en el niño desconfianza. De la calidad de las relaciones de la madre es como el niño va elaborando las nociones básicas de confianza con otras personas, así como de las privaciones maternas elabora, los patrones de desconfianza con otras personas.

1.3.2.2. Autonomía frente a vergüenza y culpa

Abarca el segundo y tercer año. Es la etapa en la que aun siendo altamente dependiente empieza a experimentar su voluntad autónoma. Su principal tarea está orientada hacia el comienzo de las decisiones autónomas y la superación de la vergüenza en los fracasos. El aprendizaje de los hábitos de limpieza, la utilización del yo y el tú, el no y el no quiero, son los primeros intentos de afirmar su autonomía y de elaborar un sentido de sí mismo. Por el contrario los fallos en el autocontrol hace que se sienta avergonzado y dude de poder hacer bien las cosas alguna vez. La formación de este sentimiento autónomo de libre voluntad de los hijos depende del sentimiento de independencia personal de los padres.

1.3.2.3. Iniciativa frente a culpa

Abarca de los tres a los seis años. Su principal objetivo es el de fomentar la voluntad de planear y de acometer tareas y el de evitar el peligro de un sentimiento de culpa permanente. Aparece en el niño una gran curiosidad por las características diferenciales de las cosas, así como curiosidad y preocupación por el sexo. Desarrolla las condiciones previas para una iniciativa masculina o femenina que más tarde determinarán los aspectos positivos o negativos de su futura identidad sexual. Comienza, también, a imaginar las posibles tareas a realizar en el futuro, ensayando tareas que se asemejan a las de los adultos. La mucha imaginación y los juegos aumentan su creatividad, dando lugar a fantasías secretas que despiertan en él un sentimiento de culpa, como si hubiese cometido grandes crímenes. La iniciativa trae consigo cierta rivalidad hacia aquellos que consiguieron primero la propia iniciativa.

1.3.2.4. Laboriosidad frente a inferioridad

Se extiende de los seis años a la pubertad. Su principal tarea es la de sentirse capaz de hacer cosas y hacerlas bien y de superar el sentimiento de inferioridad frente a las distintas tareas escolares. Se sienten capaces de hacer las cosas y de hacerlas bien y se muestran descontentos e insatisfechos si no las hacen. Sin embargo, esta etapa, también, tiene un peligro de extrañamiento de sí mismo y de las propias tareas escolares, es decir, tiene el peligro de un sentimiento de inferioridad. Prefiere seguir siendo bebé en su casa, que niño mayorcito en la escuela; desea más estar con su madre, que adquirir conocimientos. El niño rebaja el concepto de sí mismo a un estadio inferior y rechaza los aprendizajes ofrecidos en el centro escolar. Esto pudo ser provocado, bien porque en la vida familiar no lo ha preparado para el colegio, o porque nada de lo que ha aprendido anteriormente le sirve en la nueva situación escolar. Y desconoce, que es la nueva situación escolar la que le ofrece el aprendizaje de los papeles preparatorios para las realidades de la tecnología y de la economía.

La formación de la identidad del adolescente se corresponde con la quinta etapa de Erikson que la denomina identidad frente a confusión y cuyo objetivo principal es el

desarrollo de una identidad que ofrezca una base firme para la vida adulta. En esta búsqueda de la identidad las etapas anteriores han sido el fundamento y han preparado el camino para la conquista de la identidad adolescente. De una manera general se puede decir que la identidad viene a ser fruto de las identificaciones parciales con personas. Por ello la identidad podría ser considerada como el resultado de la apropiación, asimilación e interiorización de las distintas identificaciones procesadas por el propio individuo, mediante constantes y sucesivas interacciones psicoafectivas, emocionales y sociales que hacen que tome conciencia de sí mismo. (E. Fernandes, 1991 En Aguirre, 1996).

1.3.3. Aspectos de la identidad

En la formación de la identidad Erikson enumera tres elementos que anticipan un futuro desarrollo de la identidad.

1.3.3.1. Polarización de las diferencias sexuales frente a confusión bisexual

Considera imprescindible para la formación de la identidad, la elaboración de la masculinidad y la femineidad en razón del propio sexo. La confusión bisexual da lugar a una preocupación sobre qué clase de hombre o de mujer es, o qué clase de ser intermedio puede llegar a ser. Piensa que ser un poco menos de un sexo, significa ser mucho más o por completo del otro. Si a esto se une algún acontecimiento social que lo marca como un desviado, puede desarrollar una profunda fijación y que una auténtica intimidad le pueda parecer peligrosa.

1.3.3.2. Liderazgo y adhesión frente a confusión respecto a autoridades

Otro paso adelante y otro elemento más respecto a la formación de la identidad y a la función de convertirse en adulto es aprender a ejercer el liderazgo y a obedecer. Cuando un joven no puede obedecer ni impartir órdenes, ha de resignarse a un aislamiento.

1.3.3.3. Compromiso ideológico frente a confusión de valores

La identidad no se puede comprender sin un compromiso ideológico. La sociedad presenta al adolescente de una forma más o menos explícita, una ideología o un sistema de valores. Le dibuja el panorama de la sociedad con sus metas, peligros, perspectivas de futuro. Sin un compromiso ideológico, el joven padecerá una confusión de valores.

Un aspecto en la búsqueda de la identidad es la necesidad de independizarse de los padres, dicha búsqueda presenta un camino que conduce al grupo de compañeros. La edad se convierte en un factor importante de la unión en la adolescencia (mucho más que la raza, la religión, la comunidad y el sexo). Los adolescentes pasan mucho de su tiempo libre con las personas de su misma edad, con quienes se sienten a gusto y pueden identificarse. Se divierten con sus amigos con quienes se sienten libre, francos, parte del grupo, emocionados y motivados. Estas son las personas con quienes desean estar. Los jóvenes desarrollan un “chovinismo generacional”: tienden a creer que la mayoría de los otros adolescentes comparten sus valores y que las personas adultas no lo hacen (Csikszentmihalyi y Larson, 1984; R.C.Sorencen, 1973 En Papalia y Wendkos, 1997). No obstante, los adolescentes solo rechazan de manera parcial, transitoria o superficial los valores de los padres. Los valores de los primeros, permanecen muy cercanos a los de los segundos, más de lo que la gente cree. La rebelión de los adolescentes son sólo disputas menores.

En términos generales adolescentes y padres no disputan por los valores económicos, religiosos, sociales o políticos. La mayor parte de las controversias se presenta en aspectos como el trabajo escolar, los quehaceres domésticos, los amigos, la hora de llegada, la cita, el consumo de alcohol y la apariencia personal. (Montemayor, 1983; Smetana, Yau, Restrepo y Braegers, 1991 En Papalia y Wendkos, 1997). Sin embargo, la naturaleza de los conflictos es bastante similar en las familias casadas y en las divorciadas (Smetana et al., 1991 En Papalia y Wendkos, 1997).

El estilo de paternidad que parece proveer el equilibrio adecuado es democrático, pues ofrece calor humano y aceptación, firmeza con respecto a las reglas, normas y valores, voluntad para escuchar, explicar, negociar y garantizar la autonomía psicológica que estimula a los niños a formar sus propias opiniones. “Los padres democráticos ejercen control sobre el comportamiento de los hijos, pero no sobre el sentido del yo” (Steinberg y Darling, p. 7 En Papalia y Wendkos, 1997). El calor humano parece fomentar el desarrollo de la autoestima y las habilidades sociales; el control del comportamiento de los jóvenes ayuda a moderar sus impulsos y garantiza la autonomía psicológica que contribuye al desarrollo de la responsabilidad y la competencia.

Una de las razones para que este enfoque funcione con los adolescentes es que tiene en cuenta el desarrollo cognoscitivo. Al explicar sus razones, los padres admiten que los adolescentes pueden evaluar situaciones de un gran nivel de complejidad. Se ha demostrado que este enfoque conduce a un mayor rendimiento académico (Steinberg y Darling En Papalia y Wendkos, 1997), lo cual indica que los padres influyen en el desempeño escolar de los hijos. Cuanto mayor sea el interés de los padres en las vidas de los hijos, mayor posibilidad de que los adolescentes obtengan buenas calificaciones.

En la adolescencia, los jóvenes todavía muestran intimidad, afecto y admiración por sus hermanas y hermanos; aunque pasan menos tiempo con ellos y sus relaciones son menos intensas. Los hermanos mayores tienen menos poder sobre los menores, disputan menos con ellos, es menos probable que busquen su compañía y no andan muy ligados a ellos.

A medida que los adolescentes se separan de la familia, pasan mucho más tiempo con sus amigos cercanos y con las personas con quienes mantienen relaciones amorosas. Esto se debe a que ahora tienen menos tiempo y sienten menos necesidad emocional de los vínculos con los hermanos.

La relación creciente con los compañeros es una importante fuente de apoyo durante la compleja transición de la adolescencia, así como de presión, para asumir comportamientos que los padres quizá no aprueben.

El grupo de compañeros es una fuente de afecto, simpatía y comprensión, un lugar para experimentar y un punto de apoyo para lograr la autonomía e independizarse de los padres. Es un espacio para establecer relaciones estrechas, que son la base para la intimidad de la edad adulta (Coleman, 1980; Gecas y Seff, 1990; Neuman, 1982 En Papalia y Wendkos, 1997).

1.4. Crisis de identidad

La crisis de la identidad de la adolescencia es una crisis normativa, es decir una fase normal del desarrollo con un aumento de conflictividad, caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego, así como por un elevado potencial de desarrollo (Erikson, 1968, p. 140 En Aguirre, 1996). Así pues, hay que entenderla como la forma diferente de sentir y vivenciar la propia realidad individual en comparación con la realidad vivida durante la infancia.

La crisis es un periodo de toma de decisiones consciente y el compromiso es una inversión personal en una ocupación o sistemas de creencias. (Marcia, 1960 En Aguirre, 1996).

Para los psicoanalistas la crisis de la identidad del adolescente viene provocada por factores internos como:

- El desequilibrio psíquico producido por las distintas pulsiones que surgen en la adolescencia y el comportamiento inadecuado al enfrentarse con los conflictos y tensiones internas.

- La ruptura de los vínculos familiares y la falta de modelos de identificación. Ha perdido la confianza básica en la familia, lo que hace que se sienta extraño y angustiado en un mundo con el que no se siente convenientemente identificado.

En cambio para los psicólogos vendría determinada por la sociedad y por los acontecimientos que están fuera del individuo. Las causas del conflicto serían dos:

- El llamado conflicto de papeles y la necesidad de tener que hacer frente a ciertos roles sociales o de adoptar decisiones fundamentales respecto a su vida: Roto el equilibrio infantil, se ve obligado a hacer frente a una serie de problemas como la elección de una profesión, la relación con los padres, la sexualidad o el amor.
- La ambigüedad de estatus: La sociedad no tiene expectativas claramente definidas acerca del adolescente. La falta de un status bien definido que determine lo que un adolescente puede esperar de los demás y lo que los otros pueden esperar de él, provoca cierta ansiedad, a la que cada uno reacciona según su propia estructura personal y según las circunstancias ambientales en que se encuentra.

1.4.1. Aspectos de la crisis de la identidad

La crisis de identidad presenta dos caras, una individual y otra social. La primera se caracteriza por la afirmación del yo, y la segunda por la rebelión contra todo el sistema de valores de los adultos.

1.4.1.1. Afirmación del YO

La constatación del propio yo, lleva ineludiblemente al adolescente a resaltar sus diferencias respecto a los demás. Descubriéndose como realidad íntima, el adolescente encuentra una razón para distinguirse y afirmarse como un individuo. Se considera algo excepcional y único, aspira a no ser como las demás personas que conoce, se considera diferente, cree vivir una vida excepcional, imagina un destino fuera de lo común. El adolescente quiere ser él mismo, el centro de toda verdad y toda realidad. Sobreestima

sus posibilidades y considera que en su yo íntimo hay algo único y grandioso. En definitiva, desea ser original. Tal afán de singularidad lo pone de manifiesto a través de:

a. Una tendencia a la soledad

El adolescente siente una atracción fascinante hacia la soledad. Busca aislarse, no para convertirse en un ser solitario; sino en cuanto es en la soledad donde conversa consigo mismo y desde la que entiende y profundiza en la propia realidad. El alejamiento de los demás le permite concentrarse en el conocimiento de sí mismo. Es el momento de las lecturas a solas, de los diarios íntimos, de las poesías, de las canciones a través de los cuales se pretende guardar celosamente la intimidad. Pero el motivo esencial del aislamiento no es ocultar y preservar la intimidad, sino el de considerarse diferente de los demás y de que posee cualidades que no se dan en ningún otro.

b. Un excentricismo

Es otra forma de afirmación del yo. El gusto por lo excepcional y raro, su comportamiento absurdo y extravagante ha hecho que este período adolescente, haya sido bautizado como la edad del escándalo. En su deseo de singularizarse y de llamar la atención de los demás aprovecha todas las oportunidades de la vida cotidiana.

1.4.1.2. Rebelión contra todo sistema de valores de los adultos

La manifestación clara de la crisis adolescente es su forma de comportamiento social. La docilidad y conformidad manifestada durante la infancia contrasta ahora con una conducta irritable, agresiva y de descontento. Se muestra susceptible y arrogante y adopta una actitud de constante rebeldía. Parece que tal fenómeno emerge como una manifestación de una imperiosa necesidad de afirmación personal frente a instituciones, formas de vida y sistema de valores de los adultos. Por ello, ante todo principio establecido, frente a toda autoridad y tradición el adolescente adopta una actitud de desconfianza y de desprecio. Dos son las quejas principales por las que el adolescente se declara en contra del sistema y de la forma de vida de los adultos.

a. Porque atentan contra su independencia

El adolescente no acepta la autoridad de los padres ni la imposición de la sociedad. Quisiera no depender de nadie, obrar a su gusto y vivir de sus propios recursos, pero siente su impotencia; reacciona contra todo el sistema.

b. Por falta de comprensión

En el adolescente ha despertado su yo; tiene unas vivencias y aspiraciones que antes no tenía y, sin embargo, los adultos siguen considerándolo un niño.

2. La Depresión

A continuación presentamos una serie de definiciones de diferentes autores quienes nos ofrecen una idea de lo que involucra la depresión.

La depresión es “un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetual, y en la cual el contenido ideativo es el que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que está intensamente fijado”. (Salvareza, 1996). Esta definición como vemos centra el problema de la depresión en la relación de objetos con el YO.

En la depresión “el YO se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; y en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. Entonces aparecen conductas de apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza”. (Grimberg, 1994).

Sugiere extender el concepto de depresión a la función de “señal de alarma”; es decir, una característica propia del ser humano para dar ocasión o tiempo al YO para prevenirse contra estados de depresión más severos y profundos. (Rubinfine, 1990, En Acuña, 2002).

Dichos autores señalan que las personas que padecen de sintomatología depresiva “se sienten sin fuerza para enfrentar a las personas que lo rodean; sienten que su vida es un fracaso y que no poseen las capacidades para hacer frente a los problemas, además, tienen disminuido el sentimiento de valoración propia”. En nuestro estudio los chicos presentan estos síntomas, además, muestran incapacidad para realizar sus metas, al igual que un sentimiento de indefensión. (Ariete y Bemporad, 1993).

Sigmund Freud en *Duelo y Melancolía* (1917) describe la depresión como la “perdida de interés por el mundo exterior, perdida de la capacidad de amar e inhibición de toda actividad”. Anotaba, que la depresión estaba acompañada de desvalorización de Sí mismo y de agresividad contra uno mismo o contra las personas cercanas. Por mucho tiempo está fue la definición más aceptada y utilizada por los psicólogos de orientación psicoanalítica.

2.1. Síntomas depresivos

Cuando las personas están deprimidas padecen una serie de síntomas, los cuales les impiden disfrutar de ciertas actividades de la vida cotidiana. Entre estos síntomas tenemos:

2.1.1. Síntomas anímicos

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además, de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987 En Belloch et al, 1995). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

2.1.2. Síntomas motivacionales y conductuales

La apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo.

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos externos, este retardo puede llegar al “estupor depresivo”, un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, y muy similar al estupor catatónico.

2.1.3. Síntomas cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a repetirse drásticamente (Hartlage, Alloy, Vázquez y Dyckman, 1993 En Belloch et al, 1995). Así mismo la persona se ve incapacitada en su desempeño y en sus tareas cotidianas. Pero aparte de estos déficit formales, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La auto depreciación, la auto culpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

2.1.4. Síntomas físicos

Un síntoma típico, que afecta a un 70 – 80% de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problema para quedarse dormido, despertarse frecuentemente a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnia. Otros síntomas como la pérdida de apetito y la disminución de deseo sexual que en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección.

Los deprimidos se quejan con bastante frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.).

2.1.5. Síntomas Interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976 En Bellochet al, 1995). Estos pacientes normalmente sufren de rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más. Este área puede ser un foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1988 En Belloch et al, 1995).

2.2 La depresión en los adolescentes

La depresión en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la forma como la presentan los adultos que la padecen. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud (lo cual complica el problema); así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos, la búsqueda del peligro (como el hecho de conducir alocadamente un auto), y pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta, aunque obviamente, pueden ser el resultado de otros problemas.

La depresión es uno de los procesos patológicos que se le presenta con mayor frecuencia al médico de atención primaria, pues es motivo de hasta el 10% de todas las nuevas consultas. Estos estudios epidemiológicos sugieren que existe una prevalencia de esta enfermedad a lo largo de una vida en un 8 a 12% de los varones y en un 20 a 26% de las mujeres. Ya que la mayoría de los pacientes acuden inicialmente a los médicos de

atención primaria, es evidente la gran responsabilidad que gravita sobre ellos el tener que identificar y tratar esta enfermedad.

Sin embargo, resulta alarmante que de acuerdo con numerosos estudios, hasta el 50% de los pacientes deprimidos que acuden en busca de atención primaria permanecen sin ser diagnosticados y sin recibir tratamiento, lo que repercute en una carga masiva de sufrimiento, una elevada morbilidad y mortalidad y un continuo riesgo de suicidios. En esta problemática revisten importancia factores económicos tales como el deterioro de la productividad y el creciente uso de los servicios de salud por las personas que padecen depresión.

¿Por qué la adolescencia representa una etapa de riesgo en cuanto a la depresión?

Por que el adolescente revive, durante esta etapa de descubrimiento de la libido y de trastornos corporales, el conflicto edípico de su infancia, que lo lleva a preguntarse por su propia identidad, moral, social, sexual o corporal. Siente que se está convirtiendo en adulto y que pierde el bienestar que le ofrece la protección de su madre. Como reacción, pone a funcionar los procesos psicológicos de defensa que más tarde serán los suyos, procesos difíciles de crear y de adaptar a una realidad siempre cambiante.

Acuña, (2002) nos señala que Bleichmar (1997) puntualiza cuatro elementos que según él conforman el estado depresivo:

- La existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal del sujeto (fijación del deseo que no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos).
- Sentimientos de impotencia para realizar ese deseo.
- Impotencia para la realización del deseo que no queda restringida al presente, sino que abarca el futuro; sentimientos de desesperanza.

- Las consecuencias motivacionales (abulia e inhibición psicomotriz) y afectivas (tristeza) del sentimiento de impotencia/desesperanza.

2.3. Fases de la depresión

El primer periodo se sitúa en la época de la lactancia. La psicoanalista de niños, Melanie Klein, ha hecho notar que todo niño, en su primera infancia, conoce una fase depresiva cuya principal característica es la pérdida del amor de su madre, pérdida que experimenta cada vez que esta se aleja.

Durante los primeros días de su vida, el bebe depende totalmente de su madre: comida, bebida, ternura, calor, todo proviene de ella y ella lo hace sentir a gusto. Pero pronto descubre que este placer puede ser temporal, puede ser interrumpido por la docencia de su madre, contra las cuales nada puede hacer. Al contrario, sus reacciones (lagrimas, rabietas) parecen provocar estas situaciones de carencia y de disgusto, asimiladas a una destrucción de la madre se siente entonces a un mismo tiempo frustrado y culpable y como carece de la noción del tiempo se siente impotente, agresivo y culpable, desarrollando los tres elementos de la depresión.

Volverá a experimentarlo, mas tarde, cuando tenga que renunciar a un objeto amado, pero únicamente porque vivió la depresión del lactante, la que M. Klein denomina “depresión primaria”.

Algunos psicólogos, como Brazelton, relacionan esta depresión primaria con la separación brutal que acontece en el momento del parto y frente a la cual todas las sensaciones agradables son simples sustitutos, de aquello que el feto experimentaba en el vientre materno.

El segundo periodo clásico de la depresión se produce poco antes de cumplir un año. El niño descubre que tiene poder sobre los que lo rodean, pero que este poder no es absoluto, que contra su voluntad puede ser separado de la madre. Sin embargo, ha

adquirido cierta noción del tiempo y su reacción depresiva estará constituida principalmente de ansiedad, de miedo y algunas veces de pánico. Ello explica por qué todo nuevo personaje con el cual entra en contacto, provoca en el pequeño gritos y agitación, ya que lo asimila a una posible “desaparición” de su madre.

Esto es normal, pero en algunos casos de niños institucionalizados, privados de contacto materno, puede producirse una depresión grave. El niño se vuelve apático, pierde peso, resulta insensible al mundo exterior, es lo que se conoce como hospitalismo. Entre los ocho y los catorce meses es, pues, una edad vital para el equilibrio psicológico de la futura “personita”.

El tercer período depresivo normal en todo ser humano ocurre durante la adolescencia. A esta edad cuando físicamente el cuerpo cambia y cuando psicológicamente los valores se modifican, se realiza un trabajo que consiste en intentar asumir al casi adulto que se es. El adolescente se siente sorprendido por su cuerpo, a veces desagradablemente (aunque no debería ser así), mientras que su narcisismo resulta exacerbado y puesto a prueba por los modelos que los medios de comunicación, sus amigos y familiares le ofrecen. Además, las pulsiones de su libido, frente a este narcisismo frecuentemente decepcionado, lo desestabilizan en el plano emocional y moral. El adolescente se siente triste y utiliza contra sus pulsiones eróticas que ha descubierto, defensas más o menos adecuadas (el deporte, la religión, la política, el estudio).

El paso a la edad adulta está acompañado por la pérdida de las “protecciones infantiles” y la mutilación del amor materno, así como un aparente menosprecio del mismo. El adolescente debe, al mismo tiempo, crear su propia identidad moral, social y afectiva, con nuevos vínculos de intercambio y reciprocidad en el amor (en sentido amplio) que solamente podrá alcanzar cuando se haya “desembarazado” de su infancia. Esta tercera depresión es bien difícil de resolver pues da origen al ser humano plenamente adulto. (Schwob, 1995)

2.4. Formas que tiene la depresión en el adolescente

En la primera, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Los adolescentes de este grupo se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual puedan adaptarse. No es tanto, que el adolescente carezca de sentimientos, sino que no pueda manejar o expresar los que ahora tiene.

Un segundo tipo de depresión en los adolescentes es más difícil de tratar. Se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso. En realidad, muchos intentos de suicidio por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas. A menudo, la gota que derrama el vaso, en este tipo de depresión, es la pérdida de una relación querida, como los padres o algún amigo. (Conger J., 1980).

2.5. Causas de la depresión

La depresión no tiene una única causa; ya que son muchos los factores que afectan las reacciones de las personas frente a los diversos acontecimientos de la vida.

Entre algunas de las causas tenemos:

- Las investigaciones han revelado que la depresión es hereditaria y sugieren que algunas personas heredan genes que los hacen más propensos a la depresión. Pero no toda persona que tiene propensión genética a la depresión se deprime. Y muchas otras que no tienen una historia familiar ligada a la depresión sí la sufren. Por lo tanto, si bien los genes son un factor, no constituyen la única causa de la depresión.
- Los acontecimientos de la vida (por ejemplo, la muerte de un familiar cercano o de un amigo) pueden ir más allá del dolor normal y, a veces, llevar a la depresión.

- La familia y el entorno social desempeñan un papel. En algunos adolescentes una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión.
- Condiciones sociales como la pobreza, la falta de hogar y la violencia en la comunidad pueden aumentar las posibilidades de que las personas se depriman.
- Los problemas de aprendizaje no diagnosticados pueden impedir un buen desempeño escolar, los cambios hormonales pueden afectar su estado de ánimo o los problemas de salud pueden resultar un desafío o un revés. Con o sin los genes para la depresión, cualquiera de estos elementos puede preparar el contexto para que una persona se deprima.
- El abuso de sustancias adictivas puede provocar cambios químicos en el cerebro que quizás afecten el ánimo (se sabe que el alcohol y algunas drogas tienen efectos depresivos). Las consecuencias negativas, tanto sociales como personales, del abuso de sustancias adictivas, pueden derivar en una profunda desdicha y depresión.
- Algunas enfermedades pueden afectar el equilibrio hormonal y, por lo tanto, influir en el estado de ánimo. Algunas afecciones, como el hipotiroidismo, generan un estado anímico depresivo en algunas personas. Cuando estas afecciones son diagnosticadas y tratadas por un médico, la depresión suele desaparecer.
- El aumento de los problemas escolares debido a inasistencias, falta de interés, motivación, concentración deficiente y baja energía mental. Algunos adolescentes, directamente abandonan la escuela, ya que suponen que van a fracasar a causa de sus problemas.

- Las autocríticas y baja autoestima, junto con dificultades para la concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están llevando a suponer erróneamente que son tontos. Pueden llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo drogas.
- Las personas sometidas a abuso sexual y/o con problemas de orientación sexual (homosexualidad), pueden presentar un cuadro depresivo. Cerca de los 14 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades que el resto de las personas de sufrir depresión.
- El paso de la infancia a la pubertad implica la necesidad de realizar diferentes duelos. Duelo por el cuerpo infantil que se deja atrás, merced a los cambios hormonales y físicos característicos de este momento. Duelo por la organización mental, afectiva, infantil para dar paso a un modo de funcionamiento distinto, acorde con las demandas de la educación secundaria, entre otras.
- Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes, no son asimilados en forma adecuada por algunos de ellos.
- La caída de los padres de la infancia, idealizados, por otros más de acuerdo a la realidad. Es decir, padres que no lo saben ni lo pueden todo, figuras con las que el adolescente entra en inevitable conflicto.
- La entrada a un mundo de exigencias más ambiguas, más difíciles de decodificar, en la que el sistema educativo funciona como un hito; produce en muchos adolescentes sentimientos de inadecuación e incapacidad, con su cortejo de sentimientos depresivos.
- Aprender a lidiar con un cuerpo en transformación constante, a veces con cambios dramáticos en cortos períodos de tiempo, genera muchas veces sentimientos de

torpeza, de incoordinación. Si esto se conjuga con la necesidad de aceptación y de ser atractivo para los demás, el terreno para la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad queda abonado.

- De esta manera, signos tales como el oposicionismo, "bajones" abruptos en el rendimiento académico y violaciones menores a las normas, pueden estar apuntando hacia la existencia de algún trastorno depresivo.
- Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen, fácilmente por el estrés, están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.
- Por otro lado, se ha indicado que ciertos rasgos de la personalidad como la escrupulosidad, el sentido del deber, el perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden pueden predisponer el desarrollo de los trastornos depresivos.
- Las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos se han identificado como los responsables bioquímicos de la depresión. Así mismo, la regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico así como también la disminución funcional de la dopamina (Golman,H.,1987 En Oblitas, 2004).

Se reconoce que diversos factores psicosociales pueden desempeñar una función importante en la precipitación y constelación particular de los síntomas de la depresión (Flaherty, J.A., Gaviria,M.F., Black, E.E., Altman,E. y Mitchell, T.,1983 En Oblitas, 2004).

Según Grimberg L. (1994). La depresión puede desencadenar sentimiento de que la recuperación no es posible originando un sentimiento depresivo el cual provoca el

fracaso del amor hacia si mismo, o amor narcisista que se acompaña de sentimiento de carencia, baja autoestima, entre otros. Si esto sucede el desarrollo del amor por el objeto amado resultará dañado creando hostilidad o culpa, no solamente frente a dicho objeto, sino también frente a el propio YO. Para el individuo que sufre esa pérdida implica que se enfrentará simultáneamente con la amenazas de las funciones yoicas y parte del self (sí mismo) depositadas, en dicho objeto. La depresión está constituida por una serie de manifestaciones dolorosas desencadenadas por el significado que la experiencia de pérdida puede tener para cada persona.

2.6. Recomendaciones para hacer frente a la depresión

La depresión es uno de los problemas emocionales más habituales. La buena noticia es que está considerada como una de las afecciones más curables. Hay profesionales que pueden ayudar. De hecho, aproximadamente el 80% de las personas que reciben ayuda por su depresión tienen una mejor calidad de vida, se desenvuelven mejor y disfrutan de una manera que antes les resultaba imposible. El tratamiento de la depresión puede incluir psicoterapia, medicación o una combinación de ambas.

La psicoterapia con un profesional de la salud mental es muy efectiva a la hora de tratar la depresión. Las sesiones de terapia ayudan a las personas a comprender la depresión y qué es lo que pueden hacer al respecto.

Algunas veces, a la persona con depresión se le pueden recetar medicamentos. Cuando un médico receta un medicamento, controlará cuidadosamente que la persona tome la dosis adecuada. El médico adaptará la dosis según sea necesario. Los medicamentos pueden tardar algunas semanas en hacer efecto. Debido a que el cerebro de cada persona es diferente, lo que funciona para una persona puede no ser bueno para otra. Las personas con depresión no deben esperar con la esperanza de que todo pase por sí solo, porque la depresión puede ser tratada con muy buenos resultados. Los amigos u otras personas deben intervenir si alguien parece estar sufriendo una depresión severa y no está recibiendo ayuda. Muchos adolescentes sienten que sincerarse con sus padres u

otros adultos con los que tienen confianza puede ayudar. Decir sencillamente "He estado sintiéndome, realmente, mal este último tiempo y creo que estoy deprimido" puede ser una buena manera de iniciar el diálogo. Pídele a tu padre que concierte una entrevista con un terapeuta.

Quienes se encuentran muy deprimidos y quizás estén pensando en herirse a sí mismos o en el suicidio deben recibir ayuda cuanto antes. Cuando la depresión es tan severa, se trata de una verdadera emergencia médica y debe notificarse a un adulto.

Afortunadamente, la mayoría de los adolescentes que obtienen ayuda para su depresión logran llevar adelante una adolescencia y una adultez feliz y satisfactoria. Y lo más importante, pueden disfrutar de la vida sintiéndose mejor con respecto a sí mismos.

En el tratamiento de la depresión lo más efectivo es la combinación entre psicoterapia y farmacoterapia. El tratamiento farmacológico debe efectuarse con antidepresivos. Desde la psicoterapia, las técnicas más empleadas en el tratamiento de los problemas depresivos son las psicoterapias dinámicas breves, que se basan en el presupuesto de que los conflictos intrapsíquicos están en la raíz del cuadro depresivo; las terapias cognitivas, que sostienen que las distorsiones que supuestamente originan y mantienen el estado depresivo deben ser identificadas y confrontadas para deshacer las convicciones negativas que el paciente presenta; y la psicoterapia de apoyo, cuyo objetivo fundamental es aliviar los síntomas y recuperar el equilibrio del paciente.

2.7. Suicidio en la adolescencia

Uno de los problemas más sorprendentes que puede presentarse durante la adolescencia es el suicidio. Desde la perspectiva de un adulto, el adolescente se encuentra precisamente al principio de muchas experiencias, maravillosas y excitantes, que ofrece la vida. Parece inexplicable que un joven acabe con su vida precisamente cuando en realidad está a punto de empezarla. Sin embargo, en torno a un adolescente de cada diez mil se suicida cada año, casi el triple de lo que sucedía hace veinticinco años. (Centro

Nacional para las Estadísticas Sanitarias, 1993.). Según las estadísticas de suicidios en América, desde un punto de vista histórico, nos revelan dos tendencias.

En primer lugar, aunque el índice de suicidios entre los adolescentes, todavía, queda por debajo de los adultos, vemos que ahora los adolescentes tienen el triple de probabilidades de quitarse la vida comparada con la época anterior.

En segundo lugar, este aumento en el índice de suicidios entre adolescentes es parte de una tendencia que continua durante toda la vida. Mientras que estos índices solían aumentar en la edad adulta, recientemente los adultos jóvenes se suicidan más y los adultos mayores menos. Entre las razones posibles están el consumo de drogas, un mayor número de divorcios de los padres y otros factores que se han convertido a la adolescencia en algo más problemático, aparte de que la mejor asistencia sanitaria y los mejores planes de pensión han hecho mas fácil la vejez.

En algunos sentidos, un intento de suicidio puede reflejar un esfuerzo para escaparse de uno mismo, cuando un adolescente que está abrumado por los sentimientos de falta de adecuación y de fracaso; llega a percibir su propia vida como algo sin sentido y elige el suicidio como la única salida (Baumeister, 1990 En Stassen, 1997).

2.7.1. Señales de alarma

Existe una serie de señales de alarma que deberían alertar a la familia y a los amigos sobre el hecho de que un joven esta peligrosamente abrumado con dificultades emocionales y puede encontrarse ante un riesgo cada vez mayor de suicidio. (Curran, 1987, Hauser y Bowlds, 1990 En Stasse, 1997).

2.7.1.1. Una disminución repentina de asistencia a la escuela y un descenso en el nivel de logros escolares

Aunque una tercera parte de los jóvenes, que intentaron suicidarse, habían tenido un fracaso o abandono escolar reciente, sólo el 11% se encontraban en dificultades académicas serias antes de precipitarse en su declive.

2.7.1.2. Una ruptura amorosa

Éste es el acontecimiento desencadenante de muchos suicidios de adolescentes. El hecho de que estas rupturas sean relativamente comunes durante la adolescencia, a veces, ciega a los padres y a los maestros frente al dolor y la depresión que provocan, especialmente cuando el joven cree que el amor perdido es el único amor que podría tener en su vida.

2.7.1.3. Retraimiento de las relaciones sociales

El adolescente que decide que el suicidio es la solución, a veces, parece menos deprimido que antes y puede decir alegremente algo del estilo, “ha sido muy agradable conocerte”. Un indicio grave puede ser un “adiós” en broma y en serio, acompañado por un deseo repentino de estar a solas.

2.7.1.4. Un intento de suicidio

Por muy leve que sea un intento de suicidio, se convierte en un esfuerzo para comunicar una angustia grave, y, por consiguiente, debe tomarse en serio. Si nada cambia en el mundo social del adolescente, un intento de suicidio puede resultar ser un ensayo antes del suicidio de verdad. Muchos suicidios de adolescentes siguen a los intentos fracasados de suicidio.

2.7.1.5. Suicidios por contagio

A los adolescentes les pueden influir de forma especial el hecho de saber o de leer sobre otro suicidio de un adolescente. Así pues, cuando se publica un suicidio los

adultos y adolescentes afectados deben estar particularmente atentos a los jóvenes mas vulnerables entre ellos (Davidson, 1986 En Stassen, 1997).

Cuando se detectan estas señales de alerta, se debe actuar con rapidez. Como ha escrito Edwin Shneidman 1978 En Stassen, 1997, el acto del suicidio es el refuerzo de un individuo para detener una angustia insoportable o un dolor intolerable haciendo “algo”. Por consiguiente, la forma para salvar la vida de, esta persona, es hacer “algo”; poner nuestro conocimiento del plan que tiene una persona para cometer suicidio en manos de una red social, darlo a conocer a los demás, romper el secreto, hablar con la persona, ofrecer ayuda, emprender acciones en torno a la persona, demostrar capacidad de respuesta y preocupación y, si es posible, ofrecer amor.

Si queremos hablar del suicidio en la adolescencia, es importante hacer una diferenciación entre el adolescente suicida y el suicida adolescente. El primero es aquel joven patológico que a toda costa desea terminar con su vida, desea la muerte, la busca y muchas veces la consigue. El segundo es el suicida imaginario que se recrea con la fantasía de la muerte, piensa que no es tan malo querer morir, ya que todo el mundo muere e incluso imagina cómo morir; en momentos de tristeza, vivir les resulta doloroso y recrear la muerte los ayuda, la buscan para vivir.

Existen dos aspectos difíciles de manejar en la temática del suicidio: uno es que sí, se consuma este acto y el otro que durante la etapa de transición, que es la adolescencia, existe un alto riesgo de que aparezca tal fenómeno.

El sexo masculino tiene un mayor porcentaje de casos suicidas, en cualquiera de las tres vertientes de la adolescencia (primera: de 12 a 15 años; segunda: de 16 a 18 años; tercera: de 19 a 24 años). (Melgoza y Aguilar, 1995)

En cuanto a suicidios consumados, se ha observado que los hombres lo logran mucho más, en una proporción que va del doble al triple en comparación con los casos de

las mujeres, a pesar de que en lo referente a intentos suicidas, éstas tienen una mayor incidencia.

Otro de los factores fundamentales que inciden en este fenómeno es la familia, pero hay que analizar esta influencia más allá de reducirla a dificultades en el núcleo, subdividiéndola en varios aspectos que prueban ser relevantes en el adolescente y que constituyen las siguientes variables:

- Sentimientos de falta de comunicación con los padres, que han sido signo de perturbación desde la infancia y se tornan más evidentes en la adolescencia, provocando severas dificultades en la comunicación familiar.
- Las riñas familiares constantes, ya que existen parejas y familias en permanente desacuerdo y disputa e incluso, en muchas ocasiones, se presentan agresiones físicas en las que se ve envuelto el adolescente.
- La ausencia de una figura parental significativa, no necesariamente por la carencia real, sino por la imposibilidad de identificarse con un padre cálido e incondicional, es otro de los factores que aumentan el riesgo de que un adolescente busque como opción el suicidio.
- Tener una familia destruida, en esto se incluye los abandonos físicos de alguno o ambos padres y la inserción del niño en otra familia (tíos, abuelos, etc.), lo que destruye el núcleo original.
- Los sentimientos de rechazo familiar, en especial el parental, ya que es el que finca las bases para resentir posteriores rechazos.

Un papel importante lo juegan los problemas en las relaciones amorosas, que están íntimamente relacionados con el abandono real o fantaseado de un objeto amoroso que puede ser un padre o un familiar; la pareja o un amigo es decir, una persona que sea

significativa. Esta pérdida, por lo general, es reciente y se enlaza con las anteriores, y aún más con las sufridas durante la infancia temprana.

Este factor se considera el evento precipitante de mayor significación en el suicidio de los adolescentes, por lo cual existen dos variables relacionadas con esto: una pérdida temprana del objeto amoroso (divorcio, muerte, separación) y una pérdida reciente del objeto amoroso.

Se han relacionado con la dinámica suicida adolescente, las dificultades escolares y financieras, la soledad, el abandono y dependencias como el alcoholismo y el uso ocasional (medio o severo) de drogas, lo cual se puede correlacionar con un comportamiento impulsivo.

Sentimientos de fealdad, pensamientos sobre ser homosexual, varios placeres, secretos, masturbación anual, terror a algún sentimiento sexual, pueden ser experimentados ahora por el adolescente como la confirmación de que no tiene derecho a seguir viviendo. Este odio, por si mismo, contiene sentimientos de soledad y la creencia de que no hay salida. La conciencia del adolescente es un juez implacable y le está diciendo ahora y recordándole que es un fracaso, una fuente de vergüenza para él mismo y para sus padres. Los auto reproches lo rondan y él cree que estas auto acusaciones son ciertas y verdaderas. Son estos hechos internos antes que fracasar en un examen, perder un novio o novia, o la falta de amigos las que son parte de la mente del adolescente suicida. Pero existe siempre otro factor que debe estar presente. El adolescente suicida vive constantemente con la necesidad no consciente de vengarse de sí mismo, y frecuentemente sin saber a quién o a qué está dirigida la venganza. Pero son sólo estas contradicciones las que a menudo hacen extremadamente difícil para el adolescente suicida buscar ayuda y hacer uso de ésta. (Laufer, 1995).

Freud hipotetizó que el individuo con conductas suicidas volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada; por lo tanto, el suicidio representaba

un fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente (generalmente hostilidad) de manera abierta y directa, con frecuencia, hacia una persona amada. En lugar de esto, este efecto se volcaba en contra de la persona misma. Por lo tanto, psicodinámicamente el suicidio fue contemplado como asesinato.

Los adolescentes necesitan ser escuchados y no juzgados, comprendidos y no condenados; por lo tanto, hay que dejar que hablen de sus ideas y fantasías de muerte; evitando así, que las realicen y explicándoles que lo que quieren no es quitarse la vida sino dejar de sufrir.

Hay que tomar en cuenta que habrá suicidios que no podrán ser evitados y habrá otros que sí, pero nunca debemos olvidar que podremos ayudar, sobre todos, al suicida por sufrimiento, al atribulado por la vida, al que ante sus sinsabores quiere dejar de sufrir a través del suicidio. Se debe poner mucha atención en los suicidios ocultos, que son muy frecuentes en los adolescentes, quienes al no hacer consciente sus anhelos de morir, lo actúan en adicciones, accidentes y conductas destructivas.

2.8. La Depresión a la luz del DSM - IV

El DSM-IV (El Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana), en su capítulo de los trastornos del Estado de Ánimo, presenta a la depresión como uno de estos trastornos. Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. Los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de episodios afectivos.

Los trastornos de estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares, por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (por ejemplo, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados, por lo menos de, otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por lo menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él; acompañado de otros síntomas depresivos que cumplen los criterios para el episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

2.8.1. Criterios para el episodio depresivo mayor

- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo ó la pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o por la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - Pérdida importante de peso sin realizar régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio del 5% mayor del peso corporal en 1 mes). Puede ocurrir pérdida o aumento del apetito con la mayoría de los días. En niños se debe valorar el fracaso en el logro del aumento de peso deseable.
 - Insomnio o hipersomnia casi siempre.
 - Agitación o enlentecimiento psicomotores de forma frecuente casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) repetitivo casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, por lo general cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- Los síntomas no son provocados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica. (por ejemplo, hipotiroidismo).
- Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten, durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.8.2. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor

- Para el trastorno depresivo mayor episodio único (F32.x) debe haber la presencia de un único episodio depresivo mayor.
- Para el trastorno depresivo mayor recidivante (F33.x) debe haber la presencia de dos o más episodios mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados, tiene que haber un intervalo, de por lo menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio mayor.

- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar la gravedad del episodio depresivo mayor actual si todos los criterios se cumplen del siguiente modo:

0 Leve

1 Moderada

2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, se indica el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor:

4 En remisión parcial o total

9 No especificado

Especificar los rasgos del episodio actual (o el episodio más reciente si el actual se encuentra en remisión total o parcial).

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes.

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total).

Con patrón estacional

Con ciclos rápidos.

2.8.3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Distímico (F34.1)

- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante por lo menos dos años. En los niños y adolescente el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser aproximadamente un año.
- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de lo siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
 - Falta de energía o fatiga
 - Baja autoestima
 - Insomnio o hipersomnia
 - Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
 - Sentimientos de desesperanza
- Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
 - No ha habido ningún episodio mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo ocurrir un episodio depresivo mayor previo, que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros dos años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, pueden presentarse episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos, si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
 - Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- Los síntomas no son inducidos por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los dos últimos años del trastorno distímico)

Con síntomas atípicos.

2.8.4. Trastorno Depresivo no Especificado (F32.9)

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastornos depresivos mayor, trastornos distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno no adaptativo con estado de ánimo mixto, ansioso y depresivo. Algunas veces, los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos de trastorno depresivos no especificados incluyen:

- Trastorno disfórico premenstrual: (por ejemplo, estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tiene que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes por lo menos una semana después de las menstruaciones.
- Trastorno depresivo menor: episodio de por lo menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems para el trastorno depresivo mayor.

- Trastorno depresivo breve recidivante: episodio depresivo con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan por lo menos una vez al mes durante doce meses (no asociados con los ciclos menstruales).
- Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

2.9. Teorías psicológicas que explican los trastornos depresivos

El objetivo es presentar las ideas básicas de las principales teorías psicológicas, para concluir con una visión breve y general de los modelos presentados. Se han propuesto muchas teorías psicológicas para explicar los trastornos depresivos, a los que frecuentemente se conocen con el término genérico de depresión.

2.9.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos

Las primeras formulaciones psicológicas sobre los trastornos depresivos provinieron del psicoanálisis. Ya en 1893, Freud había propuesto algunas hipótesis sobre melancolía, pero fue su discípulo Karl Abraham (1911, 1924 En Belloch et al, 1995) el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión.

La observación de los pacientes depresivos muestra, generalmente, que estas personas sufren una fijación y que se han estancado en alguna de las fases primarias de su libido, por lo cual su desarrollo hacia niveles superiores se hizo deficiente. La persona, en estas condiciones, enfrenta grandes conflictos a medida que va evolucionando, porque su

personalidad conserva muchos rasgos infantiles, que no se adaptan a las circunstancias de su presente. Cuando se conoce la historia de la personalidad pre-psicótica del paciente, se puede ver que invariablemente ha tenido una conducta infantil. Esta es una de las razones que provoca que tropiece constantemente con dificultades que finalmente lo llevan a un estado depresivo. Se puede decir, por ello, que la persona no estuvo nunca preparada para poder llevar una adecuada relación de objeto. Tal relación consistió en una identificación con el objeto. El caso típico de la introyección que lleva a considerar a dicho objeto como una parte o como una extensión de la propia persona, en vez de dos personas. La persona no superó su estadio narcisista y la ambivalencia es la única forma como puede relacionarse con los objetos.

Con esto, no se trata de negar la regresión del Yo, cuando la relación objetal ha fracasado; al contrario, se puede decir que previamente hubo una detención en el desarrollo de la personalidad, y el fracaso continuo ha llevado al sujeto a salvaguardarse regresando a niveles más tempranos en los cuales encuentra mayor seguridad.

En su clásico trabajo en 1917 (Duelo y melancolía) Sigmund Freud unió la hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo para construir lo que sería el núcleo del modelo Psicodinámico de la depresión y expresó que la melancolía representaba una reacción de la pérdida del objeto amado, comparable al duelo.

En ese trabajo Freud diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía) de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas serían repuestas a la pérdida de algo o alguien a quien se ha amado, y ambas incluyeron los siguientes síntomas: tristezas acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de la actividad. Sin embargo, a diferencia del duelo, la melancolía se caracterizaría, por una disminución extraordinaria de la auto estima, dando lugar a excesivos auto reproches y a expectativas irracionales de castigo inminente. También se caracterizaría por la vaga noción que tiene

el melancólico de la naturaleza de su pérdida, siendo incapaz de reconocer la causa de su tristeza. Para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño según Freud interioriza una representación de ese objeto, lo introyecta.

Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida a una parte del propio YO del niño; predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados, sobre todo, por constantes autoreproches. A pesar de que la mayor parte de los psicoanalistas posteriores (Rado, Fenichel, Bibring, Klen, etc.) asumieron esta primera formulación freudiana de la ira interiorizada con el esquema interpretativo básico de la depresión, lo cierto es que Freud en sus últimos escritos interpretaba la depresión sencillamente como la existencia de un superyó, excesivamente exigente, es decir, de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una cantidad de sentimiento de culpa (Bemporad, 1985 En Belloch et al, 1995).

El impacto del modelo estructural del psicoanálisis (ello/yo/superyó) y de la psicología del YO, llevaron en un primer momento a ampliar el concepto de depresión de oralidad en la depresión y posteriormente a centrar los modelos del trastorno en el papel de la autoestima y los determinantes de ésta (Bibring, Gero, Jacobson, Rado En Belloch, 1995). Puesto que la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades (el bebé tiene a otras personas que lo alimentan, bañan, etc.), una fijación a nivel oral facilitaría la dependencia emocional. Se postuló, pues, que debido a algún trauma infantil las personas depresivas tenían una fijación oral y, por lo tanto, una autoestima excesivamente dependiente de los demás. La teoría de las relaciones objetales señaló, cómo esa autoestima o estado ideal de bienestar venía determinado, no tanto por un trauma o una serie de traumas o fracasos, sino por la cualidad de las relaciones madre-hijo en los primeros años de vida (Bowlby, Gero, Greenberg, Kernberg, Melanie Klein, Sandler En Belloch, 1995).

Karl Abraham ha hecho una de las contribuciones más importantes para comprender la depresión. En su estudio sobre la orientación anal sádica en los pacientes

deprimidos, Abraham, demostró que la personalidad de éstos, durante sus intervalos de remisión, se asemeja en gran medida a la de los neuróticos obsesivos. En la depresión, el enfermo abandona sus relaciones psicosexuales, mientras que el neurótico obsesivo puede seguir manteniendo sus relaciones objetales. Esto se debe a que las inhibiciones en el desarrollo y los procesos progresivos están siempre determinados por las primeras fijaciones en la esfera de la libido.

En la zona erógena anal señala dos características importantes:

- Que el erotismo anal contiene dos tendencias placenteras opuestas.
- Que simultáneamente existen dos tendencias opuestas en el campo de los impulsos sádicos y que la evacuación del intestino procura una excitación placentera de la zona anal; a esta primera forma de experiencia placentera se agrega otra, basada en un proceso opuesto: la retención de las heces” (Davis, 1967).

Con base en el postulado anterior, Abraham divide la fase anal sádica en dos niveles. “En el primer nivel predominan las tendencias hostiles, las de destrucción y pérdida del objeto; y en el segundo nivel predominan las tendencias de conservar, retener y controlar el objeto”. (Davis, 1967).

Abraham concibió la depresión como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral, lo que conducía a una intensificación de las necesidades y, por lo tanto, de las frustraciones asociadas con los actos de chupar, beber, comer, besar, etc. Cuando la persona depresiva experimenta repetidas frustraciones relacionadas con los objetos de sus deseos libidinales – típicamente de los padres- en la fase preedípica (antes de la resolución de sus deseos edípicos hacia uno de los padres y de su rivalidad con el otro), se produce una asociación permanente de los sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado y, puesto que, hay una especial fijación en el nivel oral. El depresivo busca

destruir el objeto incorporándolo, interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el YO.

Sandor Radó dice con mucha razón que “el rasgo más llamativo de la sintomatología del estado depresivo es la disminución del auto aprecio”. (Davis, 1967). Es evidente que la disminución del auto aprecio en el deprimido no coincide con las manifestaciones de vanidad e independencia, que manifiesta, porque siempre trata de buscar protección por medio de sometimiento y de una actitud de humildad. Es, podríamos decir, como el niño que después de resistirse a la autoridad de sus padres, se da cuenta que no puede triunfar y opta por rendirse, sometiéndose, para no perder el amor de éstos, ya que el niño sabe bien que del amor de sus padres depende su seguridad y su auto-estima vital. Esta es la misma actitud que debemos presenciar en la conducta del deprimido. Así se puede explicar la lucha que el depresivo mantiene cuando se encuentra entre dos presiones: por un lado, conserva demasiados rasgos infantiles, y por el otro, sus rasgos de madures no son suficientemente fuertes, para que puedan predominar sobre sus impulsos.

Otto Fenichel señala que “detrás de esta orientación anal siempre resultan visibles tendencias propias de una fijación oral”. (Davis, 1967). Esto se puede observar claramente cuando aparece la negativa a comer, que mantiene al paciente deprimido. No es raro encontrar que las fantasías canibalísticas del deprimido derivan de actividades erótico- orales de la infancia como, la succión del pulgar. “Las tendencias sádicos - orales tienen a menudo un carácter de vampirismo. Las personas fijadas a este nivel, ruegan y exigen mucho, no saben renunciar a su objeto y se adhieren a él por succión. Porque durante el predominio del período oral el temor de perder su objeto fue especialmente intenso; y este miedo los conduce a la succión, como signo de identificación con el objeto por el cual quisieran ser alimentados.”(Davis, 1967).

Franz Alexander sustenta que “en los estados depresivos; los impulsos ajenos a el YO; o sea las tendencias hostiles, tampoco pueden ser excluidas de la consciencia

mediante la represión: El mecanismo defensivo que usa el YO; el volver contra sí mismo los impulsos hostiles, originalmente dirigido contra otra persona. El melancólico entregado a una orgía de autoacusación, sustituye los deseos destructivos que apuntan hacia los demás” (Davis, 1967). El primer blanco de este impulso es siempre una persona que es amada y odiada a la vez. Esta es una defensa necesaria, aunque no totalmente adecuada, porque odiar a una persona a la que también uno ama, produce un intenso sentimiento de culpa. En cambio, cuando el individuo se ataca así mismo, en una especie de autocastigo, no sólo descarga los impulsos agresivos, sino que también hace una expiación del deseo de aniquilar a la persona amada.

Alexander; con base a las premisas establecidas por Freud, dice que “el depresivo, para poder mantener contactos con los objetos, usa los mecanismos de identificación y ambivalencia, como única forma de asegurarse un contacto objetal; esto es debido a que en el depresivo, sus impulsos son de naturaleza oral – agresiva”. (Davis, 1967).

Con Alexander, podemos ver que el problema principal o el núcleo del problema principal de la persona en estado depresivo, gira alrededor del estancamiento en la fase oral y anal. Esta detección nos permite proseguir con una evolución a las fases posteriores de la libido en una forma normal. La persona a avanzado hacia estadios o estratos superiores de su desarrollo, con una descompensación que venía desde su más temprana edad. Una persona con este tipo de desequilibrio no puede ajustarse a las circunstancias y exigencias necesarias para pasar de un nivel a otro, por lo que el paso a estadios superiores, le creó nuevos problemas, para los que no reunía las condiciones para enfrentarlos.

Las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria.

Estos objetos amados son personas significativas en la vida de los niños, usualmente los padres y más frecuentemente las madres. Esas pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, su autovaloración, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo, que se ven incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados.

Así, las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde en la edad adulta, conducen a la depresión si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real o simbólica (por ejemplo una persona depresiva puede interpretar una crítica de su pareja como una total falta de amor).

Diferentes teóricos psicodinámicos, tales como Blatt (1974) Bowlby (1980) y Ariete y Bemporai (1980) han postulado la existencia de al menos dos tipos diferentes de depresión. Los individuos que experimentan el primer tipo de depresión conocida como anaclítica, dominada por el otro o dependiente; están fundamentalmente preocupados por las relaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia de ellas. Ellos manifiestan una sintomatología caracterizada por los sentimientos de soledad indefensión, abandono, pérdida y falta de amor. Las personas que experimentan el segundo tipo de depresión denominada introyectiva, dominada por las metas o autocríticas, están principalmente preocupadas por la falta de logros, se autocritican excesivamente y manifiestan una gran cantidad de sentimientos de culpa de fracaso e inutilidad.

Aunque existen discrepancias entre los propios teóricos psicoanalíticos y los cognitivos en cuanto a los factores y procesos etiológicos concretos, todos ellos coinciden a nivel descriptivo en diferenciar esos dos tipos de depresión. Tales diferencias están basadas en los distintos tipos de experiencias vitales, que, bien como causas próximas o como causas distantes (más remotas en el tiempo) han conducido a los individuos a su estado depresivo en el primer caso, conflicto en las relaciones interpersonales en el segundo, sucesos que han amenazado su autoestima.

2.9.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos

Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos comparten una misma base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial, en el condicionamiento operante. Con ligeras matizaciones las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953) de que la principal característica de la depresión es una regulación generalizada en la frecuencia de las conductas.

Charles Ferster 1965 -1973 fue uno de los primeros psicólogos depresivo dentro de un marco clínico/experimental y todos los enfoques conductuales parten invariablemente de sus trabajos. Según Ferster, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirve para controlar el medio (por ejemplo reducción drástica de de los contactos sociales o de la actividad profesional). Mientras que, por el contrario, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos (por ejemplo a muchos pacientes depresivos les cuesta mucho levantarse por las mañanas para enfrentarse a sus tareas cotidianas y suelen permanecer en la cama por casi todo el día). Todo proceso que explique estos cambios en la frecuencia conductual podría constituir una causa contribuyente distante de la depresión.

En concreto (Ferster En Belloch et al, 1995), señala los siguientes cuatro procesos, que aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

- Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan, pérdida de fuentes de refuerzos o de estímulo discriminativos importantes para el individuo. Por ejemplo, la ruptura de un noviazgo provoca muchas veces la aparición de un estado depresivo. Para Ferster la pareja estaría funcionando como un estímulo discriminativo, cuya ausencia o presencia indica al sujeto la presencia o ausencia de refuerzo y, por lo tanto, aumenta o reduce la frecuencia de la conducta.
- Programa de refuerzo de gran costo, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. Por ejemplo, la persona que estudia una

oposición debe dedicar muchas horas diarias de esfuerzo, durante largos periodos de tiempo, y sin ninguna indicación de éxito o refuerzo, antes del día del examen. En tales condiciones, es posible ver un estado de abulia en el cual el opositor es incapaz de ponerse a estudiar para el segundo examen una vez que ha finalizado el primero.

- Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en la que una baja tasa de refuerzo positivo provoca una reducción de conducta, lo que supone a su vez una baja adaptación al medio y, por ende un menor número de refuerzo positivo que a su vez produciría una nueva reducción conductual. Por ejemplo, es frecuente la aparición de estados depresivos asociados a la falta de refuerzos sociales entre los estudiantes que se encuentran en países extranjeros.
- Repertorios de observaciones limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad con conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. Siguiendo, por ejemplo, al estudiante en el extranjero, parece obvio que el proceso de adaptación a sus nuevos compañeros pasa por el proceso de observar correctamente y aprender las convenciones sociales del país para así no emitir conductas que en este nuevo ambiente no obtienen refuerzo positivo (por ejemplo, la impuntualidad en la cita con los amigos, que es castigada socialmente de forma mucho más severa en los Estados Unidos que en España), por el contrario, ese mismo sentido del tiempo y de la puntualidad, típico de los Estados Unidos, provoca que, los Españoles y los Estadounidenses aparenten estar siempre con prisa, y tal cosa los haga parecer brusco.

Siguiendo la línea marcada por Ferster, Peter Lewinsohn ha desarrollado, sin duda, el programa de investigación más completo dentro del enfoque conductual para elaborar una teoría coherente de la depresión que se pueda aplicar a la práctica clínica (Lewinsohn, 1974, 1976 En Belloch et al, 1995). Para Lewinsohn, la depresión es una

respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivo contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, lo cual según Lewinsohn son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión, tales como la baja autoestima y la desesperanza, serían la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad. Por tanto, la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría para Lewinsohn la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente; (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social, que al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los esfuerzo sociales.

A diferencia de sus predecesores, Charles Costello 1972 En Belloch et al, 1995, apuntaba que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la pérdida de interés general por el medio que les rodea (por ejemplo pérdida de apetito, del deseo sexual o del interés en sus aficiones favoritas). Esta característica se explica por pérdida general de la efectividad de los reforzadores que constituyen, pues, la causa suficiente y necesaria de la depresión.

2.9.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos

De manera general, las teorías cognitivas de los trastornos depresivos comparten el mismo supuesto básico: procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso y/o la remisión de la depresión. Siguiendo a Ingram y Wisnicki 1991 En Belloch et al, 1995, se pueden delimitar tres clases de teorías cognitivas de la depresión que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de los cuales derivan, pero que reflejan también diferentes supuestos cognitivos, el uso de fuentes diferentes de datos y un interés por unidades cognitivas de análisis distintas. Estos tres tipos de teorías son:

las teorías del procesamiento de información, las teorías cognitivo-sociales y las teorías conductuales-cognitivas.

2.9.3.1. Teorías del procesamiento de información

Estas teorías se inspiran en el programa del procesamiento de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva, como elementos centrales en su concepción de la depresión. La teoría más conocida de esta categoría es la propuesta por Aaron Beck. Partiendo de su experiencia clínica, Beck ha ido desarrollando una teoría que acoge completamente los supuestos teóricos y la metodología del paradigma del procesamiento de información (Beck y Clark, 1988 En Belloch et al, 1995).

a. Teoría de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren, extraordinariamente, con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno. La teoría Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información, que aparece en la depresión como un factor próximo

(aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos.

Entre todas las posibles causas distintas que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (por ejemplo, ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias o traumas evolutivos), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores:

- La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.
- Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del individuo.
- La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante que impide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Según expone Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck y Clark, 1988, pág. 382 En Belloch et al, 1995). Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos y los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto, al contenido los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuos a cerca de si mismo y del mundo que son del carácter disfuncional y poco realistas, porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía, donde es muy fácil que los acontecimientos normales de

la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. A continuación, algunas actitudes y creencias disfuncionales:

- Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.
- La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo.
- No puedo ser feliz a no ser que me admiren, la mayor parte de la gente que conozco.
- Es muy importante lo que otras personas piensen sobre mí.

A menudo, estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación. Recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales.

La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos, ni tampoco se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información, actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información, (Beck, Rush, Shaw y Emery. 1983 en Belloch et al, 1995) tales como: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico y absolutista.

Error cognitivo	Definición (Beck , 1983)	Ejemplos (Beck, 1967)
Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión	Un paciente que iba en ascensor tuvo el siguiente pensamiento: “El ascensorista piensa que soy un don nadie”. Cuando fue preguntado por el incidente, el paciente reconoció que no había base real para pensar eso.
Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.	Un jugador de baloncesto, si encestaba menos de 8 puntos en un partido pensaba: “soy un fracasado”, y se deprimía; si encestaba 8 o más puntos pensaba; “soy realmente un gran jugador”, y se sentía muy alegre.

Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

Beck considera la triada cognitiva negativa como parte intrínseca de la depresión y como factor causal próximo que mantiene el trastorno. Esta tríada implica una visión negativa, de sí mismo, como alguien inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que lo rodean. También implica una visión negativa del mundo por la que el individuo percibe las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables y considera, por tanto, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías.

Finalmente, la tríada implica una visión negativa del futuro, marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro, a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento. El resultado es la desesperanza. Ahora bien, estos tres elementos de la tríada cognitiva –“yo, mundo y futuro” – no parecen ser independientes, ya que los dos últimos se refieren más bien a aspectos concretos del yo. Efectivamente, la visión negativa del futuro se refiere en realidad a una visión negativa del futuro del yo, del futuro de la persona depresiva, no del futuro de otras personas o de la humanidad en general. De igual manera, cuando Beck se refiere en realidad a una visión negativa del mundo, no alude a una visión del mundo en general, sino que es un concepto relacional que tiene como pivote el propio individuo deprimido.

2.9.3.2. Teorías cognitivo - sociales

Estas teorías descansan sobre constructos desarrollados dentro de la tradición de la psicología social.

a. La teoría de la indefensión aprendida

Martin Seligman, (1975) partiendo de principios ortodoxos del condicionamiento clásico e instrumental, estudió los efectos que en animales producían series de choques eléctricos inescapables. Antes este tipo de situaciones incontrolables, se descubrió que los animales llegaban a desarrollar unos patrones de conductas y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos, fenómeno al que se le dio el nombre de desamparo o indefensión aprendida (Polaino y Vázquez, 1981, 1982 En Belloch, 1995).

Sin embargo, Seligman ofrece una explicación de tipo cognitivo, pues propone que estas conductas se desarrollan, sólo, cuando el animal no tiene esperanza de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra. Seligman (1975; Millar, Rosellini y Seligman, 1983) aplicó este modelo experimental al estudio de la conducta humana y postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad (es decir, el aprendizaje por parte del sujeto de que existe una

independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales) es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva en humanos, y que tal expectativa es fruto de cualquiera de los siguientes dos factores: (a) una historia fracasos en el manejo de situaciones y (b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Este modelo originó una gran cantidad de investigaciones en parte debido a que era una hipótesis intuitiva y con mucho atractivo, que la hacía susceptible de contrastación empírica. No obstante, su trasvase al estudio de la depresión humana pronto encontró notables dificultades, las cuales apuntaban sobre todo al hecho de que la teoría podría considerarse un buen modelo de síntomas depresivos, pero no tanto del complejo síndrome de problemas que constituye la depresión humana. (Costello, 1993 En Belloch et al, 1995).

b. La teoría reformulada de la indefensión aprendida

Lynn Abramson, Martín Seligman y John Teasdale (1978) sugirieron que la teoría de la indefensión presentaba al menos cuatro problemas. En primer lugar, la teoría no explicaba la baja autoestima típica de la depresión, si no hay modo de escapar de la situación, ¿por qué existe una disminución de la autoestima? Un segundo problema, relacionado con el anterior, es que la teoría, tampoco explicaba el hecho de que los depresivos a menudo se autoinculpan por sus fallos. En tercer lugar, la teoría no indicaba la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos. Finalmente, el cuarto problema era que la teoría tampoco daba una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión.

Para resolver estas y otras deficiencias, Abramson y su equipo (1978), basándose en las teorías atribucionales de la psicología social, postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta, por sí misma, para desencadenar reacciones depresivas. En efecto, según estos autores, al experimentar una situación incontrolable

las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si a esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos, se produce un descenso de la autoestima. Mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos.

Atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y, en consecuencia, la indefensión y el déficit depresivos se extenderían en el tiempo. De forma, similar, la atribución de la falta de control a factores globales provocaría expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones y, por ende, la indefensión y los déficit depresivos se generalizarían a otras situaciones. Por el contrario, la atribución de la falta de control a factores inestables y específicos supondría sentimientos de indefensión y déficit depresivos de corta duración, específicos a la situación en cuestión.

Por último, Abramson y su equipo (1978) señalaron la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión. La existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia de atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. Este estilo atribucional depresógeno estaría presente en las personas proclives a la depresión, pero no otros individuos.

c. La teoría de la desesperanza

Recientemente, Lynn Abramson, Gerald Metalsky y Lauren Alloy (1989) han realizado una revisión de la formulación de 1978. La teoría de la desesperanza postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos. La depresión por desesperanza, definida principalmente por su causa. La causa suficiente y próxima para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza. La expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante (<<desesperanza>> en el sentido coloquial del término) unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

La teoría, claramente, se explica como un modelo de diátesis-estrés y especifica una cadena de causas distantes y próximas que incrementan la probabilidad de depresión y que culminan en la desesperanza. La cadena causal comienza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos.

Las clases de atribuciones que la gente emite acerca de esos sucesos y el grado de importancia que les confiere contribuyen al desarrollo de la desesperanza. Cuando los sucesos vitales negativos se atribuyen a factores estables y globales y se ven como importantes, la probabilidad de desarrollo de los síntomas depresivos es mayor. Si además, de la estabilidad y la globalidad interviene la internalidad, la desesperanza puede acompañarse, aunque no necesariamente como se postulaba en 1978, de una baja autoestima. De todos modos, es la globalidad y la estabilidad de las atribuciones lo que determinaría el alcance de la desesperanza. Una atribución más estable pero específica daría lugar no a un estado general de desesperanza, sino a un (pesimismo circunscrito).

2.9.3.3. Teorías conductuales - cognitivas de los trastornos depresivos

Las teorías conductuales-cognitivas se centran más en la varianza personal de la interacción Personas x Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su concepción de la depresión.

a. Teoría del autocontrol de Rehm

Lynn Rehm, 1977, En Belloch et al, 1995, elaboró una teoría de la depresión basada en el aprendizaje social, donde trata de integrar elementos de las teorías de Lewinshn, Beck y Seligman dentro del marco del modelo de autocontrol de Kanfer (1970).

Como los teóricos conductuales, Rehm parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa. Por lo tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo el control propio de la conducta es más importante, y en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. Así, Rehm

subraya que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta en diferentes aspectos:

- Déficit en las conductas de auto observación: Los individuos vulnerables a la depresión muestran una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos, lo que explicaría la visión negativa y pesimista que manifiestan una vez deprimidos.
- Déficit en las conductas de auto evaluación: Los individuos que tienen criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de auto evaluación son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo no pueden alcanzar tales criterios y, por lo tanto, se evalúan de manera negativa.
- Déficit en las conductas de autoreforzamiento: el sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos. Esto es provocado, en parte por los déficit en las conductas de auto observación y auto evaluación ante mencionados, ya que, por ejemplo, si el individuo tiene unos criterios muy altos y sólo se fija en los aspectos negativos de su conducta, difícilmente podrá auto administrarse recompensas y por el contrario, tendrá que auto castigarse. Este patrón de autoreforzamiento explicará, en parte, el bajo del nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición.

Estos déficit, en el repertorio de habilidades de autocontrol, se adquieren durante el proceso de socialización de la persona y parecen constituir rasgos más o menos estables que podrían ser detectados con anterioridad a la ocurrencia del episodio depresivo. Es más, Rehm asume que las habilidades de control son como un “programa de control” que el individuo emplea en todos los dominios conductuales que impliquen la consecución de metas a largo plazo y, por tanto, asume que el déficit depresivo en las habilidades de autocontrol se generaliza en diversas situaciones; explicando así que la desadaptación y mal funcionamiento del individuo depresivo abarca muchas áreas de su vida (social, laboral, relaciones de pareja, etcétera).

b. Teoría de la auto focalización de Lewinsohn

Siguiendo la tradición de la conducta, Lewinsohn y sus colaboradores postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente). Aumento que sería el resultado de refuerzos infructuosos del individuo para enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que lo ocurren.

Según Lewinsohn y colaboradores, la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso antecedente; el cual se define empíricamente como cualquier suceso que incrementa la probabilidad de recurrencia futura de depresión. Tales sucesos son todos aquellos acontecimientos que en la literatura se conocen bajo la rúbrica de “estresores”.

Se asumen que estos acontecimientos inician el proceso depresógeno cuando interrumpen importantes patrones adaptativos de conducta del individuo y este no es capaz de desarrollar otros patrones conductuales que reemplacen a los anteriores. Los patrones adaptativos que quedan interrumpidos, son patrones conductuales relativamente automáticos que resultan necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente (por ejemplo, relaciones personales, el trabajo).

La presencia de los estresores y la consiguiente interrupción de conductas da como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la conducta cotidiana.

Se asume que dicha interrupción y el malestar emocional que engendra están relacionados con la depresión en la medida en que conducen a un desequilibrio negativo

en la calidad de las interacciones de la persona y el ambiente. Este desequilibrio ocurre cuando las habilidades del sujeto fracasan, al momento de prevenirlo. Este desequilibrio se concreta, como en su anterior teoría conductual, en una reducción del reforzamiento positivo y en un aumento en la tasa de experiencias aversivas, el fracaso en su prevención se debe tanto a los factores ambientales como disposicionales.

Tanto la respuesta emocional negativa que sigue inmediatamente a los sucesos estresores, como el impacto emocional negativo que deriva del fracaso del sujeto en anular el afecto del estrés, son factores que desencadenan un estado elevado de autoconciencia. Este proceso cognitivo, la autoconciencia, es el factor crítico que media los efectos de la reducción del reforzamiento positivo en la depresión, produciendo muchas de las alteraciones cognitivas, (por ejemplo, atribuciones internas, auto depreciación, auto culpación, expectativas negativas, etc.) acarreado consecuencias conductuales negativas (retirada conductual, dificultades sociales) e intensificando las reacciones emocionales negativas anteriores.

El incremento en la autoconciencia y la intensificación de las emociones negativas, destruyen las auto percepciones que le sirven al individuo para proteger y ensalzar su autoestima y en general su concepto de sí mismo, y así, conducen a muchos de los cambios cognitivos, emocionales y conductuales que están correlacionados con la depresión (es decir, conduce a los típicos síntomas depresivos).

Además, la teoría asume la existencia de características de predisposición (Vulnerabilidades e inmunidades) que incrementan y reducen el riesgo de un episodio depresivo. Estas son características relativamente estables, bien de la persona o de su ambiente, que influyen, no sólo, en la probabilidad de ocurrencia de un episodio depresivo, sino también en la duración de este episodio. Lewinsohn y colaboradores enumeran algunas características de vulnerabilidad: ser mujer, tener 20 - 40 años, tener una historia previa de depresión; pocas habilidades de afrontamiento; una sensibilidad elevada de los sucesos aversivos, ser pobre, mostrar una alta tendencia a la

autoconciencia, tener baja autoestima, mostrar dependencia interpersonal y tener niños menores de 7 años.

2.9.4. Teorías Interpersonales de los Trastornos Depresivos

Uno de los últimos planteamientos psicológicos sobre los trastornos depresivos ha sido el enfoque interpersonal. Éste enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Sus bases conceptuales comunes se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Harry Sullivan; en las investigaciones del grupo de Palo Alto, sobre los patrones de comunicación interpersonal en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas, con sus énfasis en la interrelación de todos los elementos que componen un sistema (por ejemplo una familia).

Quizás, la más clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por James Coyne 1976, En Belloch et al, 1995. Este autor sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que las respuestas de las personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos.

Así Coyne sugiere que cuando esa ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos, gradualmente, llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social. Estas personas, que intentaron en un primer momento mejorar o aliviar la sintomatología de los depresivos, se sienten cada vez más molestas y frustradas con la constante conducta sintomática de éstos, máxime si sus primeros intentos de ayuda fallaron. Cuando la persona deprimida se da cuenta de estas reacciones negativas en los otros, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continua hasta el momento en que,

las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo.

Ian Gotlib y su grupo de investigación (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) han extendido el modelo de Coyne, resaltando los papeles que juegan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo en el individuo – especialmente sus estilos cognitivos – como en los miembros de su ambiente social. Gotlib y sus colaboradores asumen que la cadena casual que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, bien sea de naturaleza interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico.

La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas, pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad. Tales factores de vulnerabilidad son bien interpersonales (por ejemplo, la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos), bien interpersonales, (por ejemplo, esquemas cognitivos negativos) como conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés y habilidades sociales.

Sin embargo, al contrario de estas otras teorías, Gotlib y Hammen recalcan que la adquisición de esos factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia. Siguiendo la línea marcada por Bowlby (1980), un psicoanalista que como hemos visto defiende tesis muy cercanas a las posiciones cognitivas, Gotlib y Hammen (1992) señalan que la exposición durante la infancia a experiencias interpersonales adversas y a estilos desadaptativos de crianza (p.ej., pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, negligencia emocional) conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de uno mismo y del mundo y de la presencia de características de personalidad que implican una exagerada necesidad de dependencia, y de repertorios inadecuados de habilidades para la solución de problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes.

Para Gotlib y Hammen el inicio de la depresión es el resultado, pues, de la aparición de un estresor que debido a los factores de vulnerabilidad anteriormente mencionados, especialmente a los factores de vulnerabilidad cognitivos; es interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce su valía personal, sin que haya ninguna posibilidad de conseguir otras fuentes de gratificación y de validación de la propia autovalía.

Si el individuo es incapaz de afrontar con eficiencia el estresor, a medida que el estrés aumenta se incrementa también la expresión de sintomatología depresiva y de los patrones interpersonales desarrollados del sujeto (F). La capacidad del sujeto para resolver la situación de estrés depende tanto de la naturaleza de ésta como de las habilidades de afrontamiento y de las formas conductuales y cognitivas del individuo.

Una vez que la depresión se ha iniciado, dos factores más convergen en mantener o exacerbar la depresión. El primero es un factor interpersonal, e implica tanto la expresión por parte del individuo deprimido de habilidades sociales y esquemas interpersonales desadaptativos, así como las respuestas de las personas significativas del entorno a su conducta sintomática. Este último elemento incluye, pues, los procesos descritos por Coyne (1976). El segundo factor de mantenimiento o exacerbación de la depresión, que interactúa con los anteriores procesos interpersonales, es el sesgo cognitivo negativo de los depresivos, que se traduce en un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos (reales o distorsionados) de su ambiente.

Este sesgo cognitivo conduce a una interpretación negativa de la situación y provoca que la persona depresiva manifieste, así, más síntomas. Ya hemos dicho que esto revierte en una interpretación negativa de la situación y, por ende, en un posterior incremento de los síntomas y de los patrones interpersonales desadaptativos. Estos llevarían a una respuesta más negativa por parte de su entorno social y, puesto que, el individuo deprimido fácilmente percibe y atiende a esas respuestas negativas, se cerraría así un círculo vicioso que exacerbaría la depresión y la mantendría en el tiempo.

CAPÍTULO II
PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA
Y DE URGENCIA

1. Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia

1.1. Origen y desarrollo de la psicoterapia breve

La psicoterapia breve tiene sus raíces en la teórica psicoanalítica ortodoxa. Según Bellak y Small (1970), la psicoterapia es una interacción verbal o de alguna otra manera, simbólica, de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.

Independientemente de la variación de los marcos teóricos referenciales que pueden ser psicodinámicos, sistémicos, cognitivos o comportamentales, existen algunos núcleos comunes a todos los enfoques de la psicoterapia breve o focalizada, a saber:

- El objetivo de la terapia es la resolución del problema que le preocupa al paciente.
- El proceso terapéutico toma la forma de un trabajo focalizado en el problema.
- Los procedimientos terapéuticos están caracterizados por su flexibilidad.
- El terapeuta desempeña un rol activo.

Por lo tanto, más que su duración, son estos los parámetros que permiten delimitar el campo de las psicoterapias breves. La relación paciente-terapeuta está enmarcada, pues, por la flexibilidad del encuadre y en el centramiento de los aspectos problemáticos definidos por el motivo de consulta. El paciente y su problema ocupan el centro de la situación terapéutica; el terapeuta y su teoría se ubican en la periferia.

Las teorías no son moldes rígidos a los que debe adaptarse la realidad. Cuando un terapeuta intenta forzar la realidad del paciente para hacerla “entrar” en sus moldes teóricos, a menudo éste termina por abandonar el tratamiento; esto es interpretado por el terapeuta como una “resistencia”, y, al hacerlo, evita evaluar la posibilidad de que el error haya estado en el método empleado. De ahí la propuesta de flexibilidad como uno de los ejes principales para el trabajo en las terapias breves. Esto implica un conocimiento amplio y fundamentado de las distintas formas de abordaje terapéutico, además de la actitud positiva y abierta que el terapeuta debe tener.

Con respecto al tratamiento psicológico podemos señalar, que independientemente de la modalidad teórica, se recomienda que la psicoterapia de la depresión se debe enfocar en:

- El desarrollo de una relación terapéutica (terapeuta – paciente) positiva.
- Fortalecimiento de la autoestima.
- Analizar y señalar la transferencia de inmediato y con claridad.
- Estimular la seguridad y confianza en sí mismo.
- Estimular al paciente a que manifieste afectivamente sus problemas actuales.
- Identificar y ayudar a transformar las distorsiones de la realidad o del pensamiento.
- Centrarlo en la realidad, es decir, en el “aquí y ahora”.
- Ofrecer seguridad y apoyo (sobre todo para disminuir la probabilidad de suicidio).
- Identificar las fortalezas y disposiciones de la familia para brindar apoyo emocional a la persona deprimida.
- Señalar las dificultades del paciente dentro de un área interpersonal problemática, tales como: duelo, disputa de roles o déficit interpersonales.
- Informar al paciente sobre su enfermedad y ofrecerle herramientas para enfrentarla y evitarla.

Bellak comenta que desde los primeros años del desarrollo del psicoanálisis algunos reportaban expresiones de gratitud de sus pacientes, por la rápida recuperación de sus síntomas. Sin embargo, después de la segunda Guerra Mundial, Franz Alexander y Thomas French; señalaron que había principios dentro de la teoría y práctica psicoanalítica que podían utilizarse para hacer la psicoterapia más corta y por lo tanto más eficiente. Pero los experimentos de Ferenczi encontraron oposición y fracasaron.

El común denominador esencial de las psicoterapias breves con orientación psicoanalítica, es el concepto del “focus”, la concentración en un breve periodo de tiempo en la resolución de un conflicto, específicamente identificado, o la búsqueda de una meta específica, identificada. (Bellak y Small, 1970).

Después de los trabajos de Balint en el año de 1955, varios terapeutas empezaron a utilizar la psicoterapia breve, basándose en el concepto de focalización; ya que este fue quien desarrolló el concepto de foco como el eje central del problema del paciente sobre el que se debe trabajar y concentrar los esfuerzos terapéuticos. Varios autores, entre ellos Fiorini, David Malan y L. Bellak, realizaron esfuerzos, que redundaron en la evolución de la psicoterapia breve, debido a sus valiosas contribuciones a la teoría, la práctica e investigación. Según Malan, la duración del tratamiento se debe establecer desde el inicio de éste, ya que argumenta que una terapia a largo plazo, puede estimular dependencia y dispersión en lugar de enfocar el contenido.

Otro que hizo contribuciones importantes a la psicoterapia breve, fue P. Sifneos, quien describe las situaciones de ansiedad como el principal motor a la solución rápida del conflicto. También destaca que la terapia a corto plazo se facilita estableciendo una alianza terapéutica con el paciente, identificando el problema a resolver y aplicando la transferencia positiva como el principal instrumento terapéutico.

Tanto Sifneos como Malan, coinciden en seleccionar a los pacientes; ya que ambos excluyen a individuos con psicopatología grave actual o con antecedentes; como pueden ser: esquizofrenias, manías, crisis depresivas mayores y otros.

Destacamos la participación de A. Davanloo quien sugiere la utilización de interpretaciones activas, tanto para incrementar la comprensión y resolución de problemas emocionales, como para impedir el desarrollo de dependencia por parte de los pacientes; logrando esto con gran interés y empatía.

Los autores psicoanalíticos que han contribuido con la psicoterapia breve coinciden en establecer un "focus" para facilitar la resolución de un conflicto en un corto plazo; sin embargo, no han dado su punto de vista respectivo en relación a cuánto debe durar una psicoterapia breve.

Bellak (1995) desarrolló un modelo de psicoterapia breve, denominada (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia) y manifiesta que reconoce el mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve; a la vez, declara que su enfoque es un intento más amplio de abordar todos y cada uno de los problemas que llegan diariamente a la clínica o consultorio, ya que su enfoque está basado principalmente en las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y sistemas.

Posteriormente, ampliaremos sobre su enfoque, ya que es el modelo de intervención elegido para nuestra investigación y que, además, nos ofrece alternativas para tratar a los pacientes atendiendo sus individualidades y con técnicas que van de acuerdo a sus necesidades.

Podemos concluir que en la psicoterapia breve convergen un gran número de métodos que difieren, sin embargo, coinciden en el abordaje psicodinámico, la brevedad del tratamiento y el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas, las cuales serán de gran ayuda para el alivio de las diferentes molestias que presenten los pacientes.

1.2. Aspectos fundamentales de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

1.2.1. Definición

En la búsqueda de una psicoterapia que fuera rápida y beneficiosa para aquellos que presentan problemas urgentes, aparecen las psicoterapias breves; las cuales tienen como objetivo lograr una meta terapéutica específica (como ocurre en las terapias de mayor duración), a través, de pocas sesiones.

Bellak, L. (1995) define su modelo de psicoterapia breve intensiva y de urgencia como un modelo de intervención terapéutica basada en el psicoanálisis, que se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta; es decir, tratar de comprender al paciente de la manera más completa posible ya que selecciona los síntomas más perturbadores y sus causas y se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente.

Esto lleva la finalidad de que el paciente reaprenda de un modo más eficaz y aclara que se debe seleccionar el problema y las metas para el tratamiento y no al paciente.

Intenta establecer un punto central para explicar, porqué el paciente acude a la consulta ese día en especial, cuándo inició su problema y en qué forma existió en su historia anterior. Además intenta salvar la discontinuidad entre la infancia y la adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente y la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.

Considera los síntomas como intentos de solucionar sus problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Se refiere a que la conducta para enfrentar las situaciones se aprende dentro de un medio social, étnico, y familiar. De esta manera, el tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, y los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas.

1.2.2. Enfoques que utiliza la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

- La psicoterapia breve intensiva y de urgencia se enfoca hacia los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, por lo que trata de encontrar el mejor punto de ventaja desde el cual entender al paciente a profundidad y luego utilizar todas las orientaciones posibles para lograr la adaptación más eficaz.
- Los principios de causalidad y continuidad son de especial importancia, ya que con este método se intenta establecer la relación entre el paciente y el pasado; es decir, que no haya discontinuidad entre uno y otro; además, intenta comprender por qué se desarrolla un determinado síntoma en un día, hora, o lugar específico. Los síntomas son intentos por resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y déficit.

- La psicoterapia es una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje; ya que se enfoca en lo que ha sido aprendido de forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de forma eficaz.
- La conducta adaptativa puede ser aprendida por reaprendizaje en psicoterapia. Además de que una vez probada procede recapitulando por completo las proposiciones psicológicas del YO y las defensas.
- Esta psicoterapia orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores, estableciendo sus causas, para luego conceptualizar de manera más clara las intervenciones psicoterapéuticas necesarias.
- La aproximación sistemática, es la esencia de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, es decir, que la mayoría de los pacientes no regresan más, después, de cinco o seis sesiones, basados en sus experiencias con tratamiento médico.
- Los beneficios de esta psicoterapia pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia; ya que pueden tener una reacción en cadena psicodinámica y extender los cambios adaptativos más allá del contexto de la terapia, como resultado de intervenciones limitadas.
- En esta psicoterapia se selecciona el problema por el tratamiento y no por el paciente; es decir, que puede usarse para prevención ya sea primaria, secundaria (condiciones agudas) y terciaria (cronicidad). Sin embargo, para algunos pacientes como los pasivos con poca capacidad para el "insight", esta terapia es imposible. Estos pacientes pueden ser tratados con otra modalidad, ya sea de apoyo, conductual y reconstructiva educacional.

1.2.3. Los 10 principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

- La psicoterapia breve intensiva y de urgencia se relaciona con la terapia tradicional, a largo plazo de la misma forma que una historieta con una novela; ya que tanto una como la otra necesitan de experiencias, habilidades, indicaciones y cada una posee sus méritos propios y talentos especiales. El terapeuta debe entender que él hace un trabajo valioso y no solamente elige medidas instantáneas.
- Es esencial una conceptualización aproximada, pero para lograrla es importante entender todo, saber bastante y luego realizar una intervención que marque una diferencia significativa, respecto a otras formas de intervención terapéutica. Para realizar esto, el terapeuta realiza muchas tareas, piensa, planea y conceptualiza.
- En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas. Al seleccionarlos se deben establecer los objetivos para cada caso particular; ya que no se espera que la psicoterapia breve cure una neurosis de carácter grave; pero con frecuencia, es posible mejorar los rasgos más perturbadores de un trastorno y si es el caso, lograr el retorno a una vida en sociedad de aquel que estuvo hospitalizado por un trastorno psicológico incapacitante. El autor sugiere que la terapia breve se considere el primer método a elegir y sólo cuando falle o haya una razón para desear cambios se utilice la psicoterapia a largo plazo.
- Esta psicoterapia se basa en una historia clínica exhaustiva, guiada por conceptos formulados con claridad y utilizando un estilo adecuado de comunicación; es decir, que la terapia debe involucrar anamnesis completa, una apreciación psicodinámica estructural y amplia, como sea posible, también se debe tomar en cuenta los aspectos sociales y médicos, que ayudarán a planear las áreas y los métodos de intervención.

- Personas con una intermediación relativamente limitada de la psicodinámica, pueden ser entrenados para utilizar la psicoterapia breve Intensiva y de urgencia. Incluso puede resultar mas ventajoso, ya que los psicoanalistas desarrollan un tipo de personalidad pasiva que tiende a dificultar el grado de intervención activa que se necesita con esta psicoterapia.
- El concepto de medicina de urgencia utilizado como paradigma de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, ya que esta se basa en el uso pragmático de un conjunto amplio de conocimientos de anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. La guía esquemática, pasos precisos y definidos, son requeridos por los técnicos médicos y las terapéuticas que aplican psicoterapia breve intensiva y de urgencia.
- La psicoterapia de urgencia no se limita necesariamente a la eliminación del síntoma. A pesar de las limitaciones de tiempo, se puede lograr la reconstrucción del paciente en un nivel superior al que tenía antes de desarrollar los síntomas y no limitarse, sólo, a la eliminación del síntoma. Es decir, que en la terapia breve los pacientes alcanzan generalmente un nivel superior de resolución del problema; ya que la terapia breve es una modalidad de tratamiento útil y adecuada para cualquier circunstancia.
- La psicoterapia breve es eficaz para la prevención primaria, secundaria y terciaria, ya que cuando las personas se encuentran en riesgos psicológicos, se utiliza la psicoterapia breve para trabajar antes que comprendan que tienen un problema psicológico. También trata con las condiciones agudas, que ya existen, las cuales pueden detenerse antes que se desarrollen condiciones más graves y crónicas. Finalmente tiene que ver con las curaciones de condiciones crónicas; es decir, trata con las circunstancias que provocaron tales episodios agudos (alucinaciones, ilusiones, etc.). Procurando mantener el paciente en la comunidad o limitando su hospitalización.

- Aspectos administrativos e indicaciones para la psicoterapia breve intensiva y de urgencia. El autor recomienda la psicoterapia breve intensiva y de urgencia como el método a elegir, tanto en las clínicas, agencias sociales como en la práctica privada debido a que en las primeras se ayuda a reducir largas listas de espera y se puede ver a las personas de forma rápida y efectiva, antes que desarrollen cronicidad y resistencias posteriores a la terapia. Es decir, se considera a la psicoterapia breve la piedra angular de la salud mental comunitaria.
- El papel del terapeuta y resistencia a la psicoterapia breve intensiva y de urgencia. El terapeuta no debe perder su autoestima, ya que debe entender que está realizando un trabajo valioso y no tomando medidas momentáneas. Debe desarrollar una actitud activa de escuchar y planear intervenciones más extensas que en la terapia a largo plazo; además que cierta cantidad de optimismo terapéutico es útil para alcanzar los resultados deseados.

1.2.4. El perfil básico de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

- Cinco o seis sesiones de 50 minutos, generalmente una por semana.
- Sesión de seguimiento, un mes después.
- Anamnesis completa.
- Una apreciación psicodinámica y estructural.
- Consideración de aspectos sociales y médicos.
- Plan para áreas de intervención.
- Plan para métodos de intervención.
- Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención.
- Decisión sobre una terapia sólo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares.
- Consideración de condiciones favorecedoras como drogas u hospitalización breve.

Se sugieren cinco sesiones ya que este es el número que parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y la sexta sesión es la de seguimiento. La duración de la sesión la sugiere en 50 minutos, porque en 40 años de experiencia ha encontrado que es útil. Señala que el número de arreglos, sesiones o duración de las mismas no son inalterables.

Los aspectos sociales, étnicos, económicos y de sistemas son muy importantes, ya que determinan el estilo de comunicación que debe tenerse en mente, respecto a lo que es normal o patológico para un paciente en particular y para las formas de intervención (por ejemplo, la colaboración de religiosos, familiares) quienes también colaboran en entender la patogénesis.

Las áreas y métodos de intervención y las secuencias y métodos de las mismas, cambian de paciente a paciente, aunque padezcan la misma condición. Parte del plan de intervención es la decisión de si el paciente es el más adecuado para una terapia exclusivamente diádica, si puede sacar provecho de la terapia conjunta con alguien importante en su vida o si podría beneficiarse mejor con una sesión de terapia familiar. Estos planes deben realizarse con flexibilidad y ser revisados cada vez que se obtiene mayor conocimiento y especificidad del paciente. Manifiesta el autor que en el uso de los fármacos como condiciones favorables del proceso terapéutico, pueda que algunos psicofarmacólogos no estén de acuerdo, por lo que el efecto de los neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos deben ser entendidos psicodinámicamente en la terapia de cada paciente.

1.2.5. Descripción de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia en las diversas sesiones

1.2.5.1. Sesión inicial

Encontramos una serie de aspectos los cuales son de gran importancia para obtener la información más completa posible de los pacientes. Entre estos aspectos tenemos:

a. Síntoma principal

Esta sesión corresponde a la más importante y la más difícil tanto para el terapeuta como para el paciente. Se trata de obtener una primera impresión del paciente, en la sala de espera, antes de que éste entre en contacto directo con el terapeuta, también se debe prestar atención a la expresión de su rostro, al lenguaje que utiliza, en fin interesarse no sólo por el síntoma principal, sino también en los otros posibles y reconocer precisamente el inicio del actual.

b. Evolución del síntoma principal

Se conduce una entrevista guiada, buscando los denominadores comunes entre el inicio del síntoma principal y situaciones anteriores en su vida.

c. Síntomas secundarios

Es necesario explorar las áreas o conductas que puedan causar problemas al paciente y que posiblemente puedan tener relación con el síntoma principal.

d. Antecedentes personales

Se debe visualizar al paciente en distintos momentos de su vida: infancia, actualidad, dentro de la subcultura y de su relación con personas significativas. Además, debe hacerse un intento para obtener ideas acerca de la atmósfera familiar. Es importante ver al paciente y a su problema en términos de la teoría de sistemas: familiar, étnico cultural y socioeconómico.

e. Antecedentes familiares

Es importante comprender el medio y las características de la familia en diferentes etapas de la vida del paciente. Como también conocer con quién se identificó el paciente de forma manifiesta y latente. La familia grande puede jugar un papel fundamental en la estructura de la personalidad. Los antecedentes médicos y psiquiátricos de la familia son importantes.

f. Formulación dinámica y estructural

La formulación dinámica se encarga de la interacción de las fuerzas, responsables de la psicopatología y personalidad del paciente. Se evalúan las tendencias y su conflicto e interacción con la realidad, el superyo y el YO. Se desea entender las defensas y que tan bien trabajan.

g. Evaluación de las funciones del YO

La evaluación de las doce funciones del yo, es recomendada por dicho autor, sólo en los casos de personas muy perturbadas, en especial psicóticos, ya que se pueden elegir las funciones intactas del YO para apoyar las afectadas.

Ahora nos referimos a los tres factores que debemos tener siempre presente en la relación terapéutica.

h. Transferencia

La transferencia es la manifestación de sentimientos no racionales del paciente hacia el terapeuta tales como: las simpatías, los temores, entre otros. En este aspecto es fundamental conocer los sueños del paciente principalmente lo soñado en la noche anterior; ya que puede revelar algunos aspectos acerca de la relación transferencial y las expectativas que posee entre otras.

A partir de los antecedentes del paciente se debe intentar predecir cuál es la naturaleza de la transferencia y qué problemas pueden anticiparse. Además, el terapeuta debe controlar su contra transferencia y verificarla en forma continua; por lo que se hace necesario mantener una transferencia positiva en la psicoterapia breve y dejar al paciente con ella.

i. Alianza terapéutica

Se le debe explicar al paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de la habilidad por parte de él para trabajar en alianza con el terapeuta. El terapeuta es el

responsable de facilitar el proceso terapéutico; por lo que se debe considerar su regulación y flujo. También se pueden utilizar instrumentos como el TAT, para que evalúen la distorsión aperceptiva. Esta prueba se utiliza para facilitar la comunicación, interpretación e insight.

j. Contrato terapéutico

Se explica a los pacientes que esperamos resolver su problemática en cinco sesiones, con una duración aproximada de cincuenta minutos cada una, un día por semana. Un mes después de concluidas, se realizará una sesión de seguimiento para evaluar los resultados de la terapia; se le manifiesta al paciente que en caso de existir una urgencia el terapeuta está disponible para verla antes del mes.

Sin embargo, se hace énfasis en la importancia de permitir que el tratamiento haga sus efectos, para así no recurrir al terapeuta en la primera ocasión que surja un momento perturbador. Se le comunica que se continuará interesado en él y a la vez se le motiva para intentar lograr resultados óptimos. Se le manifiesta que de no tener mejoría se le puede ayudar con una terapia posterior, a cargo de otro terapeuta por el cual nos comprometemos a llevarlo para presentarlo.

k. Revisión y planeación

La labor del terapeuta es escuchar a la persona para luego formular sus hipótesis relacionadas con la interacción de los factores genéticos, familiares, biológicos y médicos con los vivenciales dentro del paciente, todo esto en forma simultánea. Además, debe decidirse por el plan de tratamiento, que puede ser: diádico, sesiones conjuntas, terapia familiar o de grupo, fármacos, entre otros.

Si la terapia breve es la opción indicada se deben seleccionar las áreas y métodos de intervención y sus secuencias. Cuando termina la sesión inicial el terapeuta debe repasar los rasgos relevantes: ya que esto fortalece la alianza terapéutica.

1.2.5.2. Segunda sesión

Se explora más sobre la historia del paciente, para reexaminar las bases que facilitarán la selección de las áreas y los métodos de intervención. Es importante saber, cómo pasó la semana, especialmente sobre sus síntomas. Es la oportunidad para familiarizar al paciente con lo que se espera de él.

1.2.5.3. Tercera sesión

En esta sesión se intenta trabajar con lo aprendido, además, de las posibles causas. También se hace referencia a la separación que se dará en poco tiempo y se afirma que es muy probable que el paciente se sienta peor la próxima vez y que puede ser causado por el miedo a la separación y al abandono; por lo que se debería trabajar con los problemas de la separación.

1.2.5.4. Cuarta sesión

Esta sesión se utiliza para lograr un mejor entendimiento sobre los problemas del paciente, sumando insights e interviniendo de alguna manera. Nuevamente se hablará sobre la terminación y las reacciones que el paciente pueda tener. También se trata de mantener la continuidad entre todas las sesiones.

1.2.5.5. Quinta sesión

Se le inicia preguntando al paciente cómo pasó la semana anterior. Luego se le solicita que resuma todo el tratamiento y, a la vez, se trabaja con información adicional que hemos obtenido; sobretodo acerca de la terminación o algunos otros planes.

Para facilitar la transferencia positiva se cambia el estilo en esta sesión, de una neutralidad terapéutica a un etilo mas humanitario; por lo que se puede platicar con el paciente de aspectos personales del terapeuta y al final se le recuerda sobre la sesión de seguimiento. Siempre solicitándole al paciente que se ponga en contacto con el terapeuta y que procure tolerar la incomodidad inmediata; ya que esto fortalecerá los logros obtenidos.

1.2.5.6. Sexta sesión

Esta sesión se realiza un mes después, con el objetivo de evaluar los logros terapéuticos y hacer los cambios necesarios. Nuevamente se intenta dejar al paciente con la transferencia positiva y con la idea de que si necesita continuar la intervención; el terapeuta o un sustituto estarán disponibles para ayudarlo.

Observación: En nuestra investigación utilizamos siete sesiones, ya que para tomar los datos generales del paciente correspondiente a la primera sesión requerimos de dos sesiones, debido a que solamente disponíamos de treinta y cinco minutos para cada sesión.

1.3. El proceso terapéutico en la psicoterapia breve intensiva y de urgencia

La psicoterapia breve intensiva y de urgencia resulta efectiva en la medida en que el terapeuta logre desarrollar el proceso terapéutico. A continuación presentamos algunos aspectos que debemos considerar a la hora de realizar esta terapia.

1.3.1. Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico

El terapeuta debe tener control sobre el proceso terapéutico; es decir, que debe tener la capacidad de acelerar, frenar y conducir la terapia en direcciones adecuadas. Para esto se utilizan técnicas como la atención selectiva o desatención que enfatizan áreas relevantes; la interpretación de defensas para incrementar la ansiedad; la discusión de temas neutrales disolviendo así, el ambiente de tensión o bien abandonando “la neutralidad terapéutica” para estimular una actitud relajada.

1.3.2. Facilitar la comunicación

El terapeuta debe asegurar que hay un proceso terapéutico, para esto debe hacer que el paciente colabore con la alianza terapéutica; es decir, que el paciente sea capaz de comunicarse. De este modo será más fácil formular la mejor hipótesis sobre la naturaleza y significado de los síntomas y pensamientos del paciente.

Algunos pacientes no logran aprender a utilizar el “insight” por lo corto de la terapia, en estos casos, se le solicita al paciente que exprese qué hizo en un momento específico y cómo se sintió en distintos aspectos. También se deben realizar preguntas como qué pensó cuando salió de la última sesión, con el fin de obtener información de qué es lo que sucede en la mente del paciente. Finalmente se debe preguntar por los sueños, ya que éstos son una fuente importante de información.

1.3.3. Explicar el proceso terapéutico al final de la sesión inicial en términos sencillos

Para hacer el proceso terapéutico entendible para el paciente, utiliza el concepto de distorsión aperceptiva; es decir, se le explica al paciente que su experiencia pasada se ha almacenado como un gran número de imágenes y que al observar algún acontecimiento actual, estos recuerdos se activan y hacen que la situación actual sea vivida empañada por la experiencia del pasado; de esta forma se puede producir una corrección perceptual y cambio estructural.

1.3.4. Facilitar el aprendizaje

Debe tenerse presente que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje y es el terapeuta el que debe estimularlo, utilizando ejemplos y conceptos concretos, vívidos y vistosos. Considera que al paciente se le puede expresar, casi, todo lo que sea necesario, con tal de que se le manifieste de una forma intelectual, conceptual y lingüísticamente apropiada.

1.3.5. Técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas son útiles como vehículo para la comunicación e interpretación. Por ejemplo, se le puede manifestar al paciente que en sus respuestas hay agresión y así hacer consciente al paciente de su propia agresión. De esta forma las técnicas proyectivas aumentan la disposición psicológica y hace egodistónico lo que es egosintónico. Entre estas pruebas podemos mencionar el Test de Apercepción Temática y el Rorschach.

1.3.6. Importancia de la educación en tratamientos de urgencias de reacciones emocionales a enfermedades físicas, haga que el paciente describa el órgano enfermo

Se le solicita al paciente que describa el órgano enfermo, esto ayuda al terapeuta a observar una demostración concreta de la distorsión de la realidad. También ofrece la oportunidad para comunicarle acerca de las realidades de su problema, lo cual resulta más fácil de aceptar que las fantasías e ideas irracionales que ha imaginado.

1.3.7. Comunicación entre paciente y terapeuta

Una vez que el paciente empieza a comunicarse, el terapeuta se hace una idea de los denominadores comunes entre la conducta presente, la historia pasada y la relación terapéutica.

1.3.8. Interpretación

Se denomina interpretación al proceso de señalar los denominadores comunes entre los patrones afectivos y conductuales del paciente en el pasado, presente y en la situación transferencial. Algunas veces confrontar al paciente con un acto conductual es una forma de interpretación.

1.3.9. Insight

Es cuando el paciente logra reconocer los denominadores comunes. Es una experiencia similar a conocer la respuesta del porqué actuar así en diversas circunstancias y esta respuesta debe tener componentes afectivos y no sólo intelectuales.

1.3.10. Trabajando en ello

Se refiere a la aplicación de los insight aprendidos en una situación, a una variedad de situaciones distintas y esto sucede muchas veces, ya que lo que empieza como un sistema consciente se puede convertir en automático, hasta que la reconstrucción ideal se dé.

1.4. Métodos de intervención en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

Los métodos a continuación mencionados, son útiles tanto en psicoanálisis como en otras formas de psicoterapia, sobre todo, a los procesos intensivos de la terapia breve.

1.4.1. Interpretación

Este es el método clásico de intervención en psicoterapia dinámica, pero no el único. Para realizarla debemos tomar en cuenta su efecto; ya que lo que se pretende es que el paciente comprenda sus actitudes. Es por eso que se debe elaborar una base emocional positiva en el paciente.

1.4.2. Catarsis mediata

Es la manifestación cargada de emociones provocadas por el trastorno, así como la expresión de cualquier sentimiento reprimido. Esta se estimula proporcionando un ambiente de empatía y comprensión. La identificación e introyección de la imagen del terapeuta, como la parte mas benigna del superyo, juega un papel importante en este aspecto del proceso terapéutico.

1.4.3. Prueba auxiliar de la realidad

Esta prueba es necesaria para informar qué tan perturbado se encuentra el paciente y que tan necesario es que el terapeuta asuma el papel de examinador auxiliar de la realidad, para señalar sus distorsiones.

1.4.4. Aplicación de represión

Se trata de orientar al paciente a que descargue su mente; es decir, que debe hacer una pausa en su vida para reconstituirse. Debe tenerse presente que la represión juega un papel normal en la vida cotidiana de la persona.

1.4.5. Sensibilización a las Señales

Se refiere al acto de hacer consciente al paciente de que cierta conducta suya ocurre cuando hay una constelación dinámica específica.

1.4.6. Educación

Consiste en informar al paciente sobre lo que le ocurre, es decir, darle a conocer porqué reacciona de una forma particular ante una situación específica. De esta manera se ayuda al paciente a evitar dificultades posteriores.

1.4.7. Intelectualización

La intelectualización es más importante en la terapia intensiva y breve, que en las tradicionales a largo plazo; ya que favorece la alianza terapéutica, y colabora en asegurarle al paciente que el terapeuta comprende su problema.

1.4.8. Apoyo

Consiste en que el terapeuta acepte y comprenda los sentimientos manifestados por el paciente, ayudándolo, de esta forma, a que soporte su ansiedad. Hacer afirmaciones seguras en ocasiones es importante.

1.4.9. Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar

El terapeuta debe conceptuar con claridad lo que desea abarcar en las sesiones conjuntas para alcanzar los objetivos. Debe ser un catalizador.

1.4.10. Fármacos Psicoactivos

Estos son de gran ayuda para el terapeuta, ya que proporcionan un campo terapéutico en el cual trabajar, es decir, que posibilitan que el paciente permanezca en la comunidad y siga con la psicoterapia, lo que de otra manera sería imposible. Se debe utilizar la medicación suficiente para facilitar la terapia, pero no que obstaculice la motivación en el trabajo terapéutico o entorpezca el proceso cognoscitivo en el paciente.

1.5 Factores a considerar en la psicoterapia de la depresión

El autor nos habla de diez factores importantes en la psicoterapia de la depresión; sin embargo, señala que el énfasis debe estar en las primeras nueve variables, ya que la última es estructural y es analizada en las terapias a largo plazo. Además, manifiesta el autor que en cada paciente que presenta depresión, una de estas variables es la más importante; por lo que se hace sumamente necesario encontrar la variable o factor que desencadena la depresión actual. Es importante determinar la intensidad de sus efectos en el paciente; buscando los denominadores comunes entre la situación desencadenante y la historia del paciente. Trabajando con los factores más importantes y los métodos de intervención apropiados se obtendrán resultados positivos.

1.5.1. Los problemas de la autoestima, deben tratarse a través de:

- Exploración de los antecedentes respecto a su autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración).
- Revisión de daños recientes a la autoestima.
- Interacción de los denominadores comunes entre la historia y los eventos desencadenantes actuales con el propósito de interpretar, hacer “insight” y trabajar en ello.
- Trato al paciente con dignidad.
- Señalización de diferentes aspectos que estimulan una autoestima alta.
- Abordando la agresión contra del YO, experimentada por una parte de éste, en contra de la otra. Explorando las partes que componen las introyecciones y el superyo para interpretarlas contrastando, su origen histórico con la realidad actual y modificándolas según la actitud del terapeuta.

- Análisis de los ideales del YO, nivel de aspiración y la intensidad de las defensas para disminuir la diferencia entre las expectativas irreales y la realidad.
- Interpretación de la transferencia que pueda ser necesaria para resolver esta dificultad.

1.5.2. Un superyo severo debe tratarse a través de:

- Comprensión de los componentes que hacen necesario desviar la agresión en contra del YO. La intervención debe incluir la exploración de la formación del superyo, sus componentes, manifestaciones y situación actual, descubriendo los denominadores comunes entre el pasado y el presente, utilizando la interpretación, “insight” y trabajando en ello.
- Utilización de la catarsis mediata.
- Alentando al paciente para que exprese sus sentimientos y señalándole cuando se niega a hacerlo.
- Revisión de cualquier proyección en la situación transferencial.

1.5.3. La intraagresión debe manejarse a través de:

- Estudio de los antecedentes y acontecimientos actuales para comprender, quién fue el principal objeto de agresión y quién lo es en la actualidad. Hay que relacionar los objetos internalizados con quién es y fue dirigida la agresión, ya sea por desilusiones previas, decepciones de los objetos actuales.
- Concienciación al paciente sobre el hecho que los objetos que causaron su trauma presente (amoroso o figura paternal), se han distorsionado en forma aperceptiva por sus experiencias pasadas.

- Concienciación al paciente de que la agresión, también, se puede dirigir contra las auto representaciones, es decir, una parte del YO dirige la crítica hacia otra parte de él mismo.
- Considerando que la regulación de la autoestima representa un papel fundamental en la depresión.

1.5.4. Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de posesiones, de autoestima) deben tratarse a través de:

- Examen de los antecedentes relacionados a las pérdidas tempranas; que han provocado sucesos relacionados a esa pérdida y ayudarlo a lograr el “insight”, a través del trabajo actual en relación a los problemas pasados.
- Estudio de la naturaleza general de las relaciones objetales, las excesivas demandas pasivo – dependientes que facilitan un sentimiento de desilusión.
- Atención a la necesidad de amor, principalmente en la situación transferencial.

1.5.5. Los sentimientos de desilusión deben ser tratados a través de:

- Según Jacobson refiriéndose al concepto de desilusión, los antecedentes relacionados con eventos previos relacionados al sentimiento de desilusión por objetos de amor, deben tomarse en cuenta. La desilusión pudo ser provocada de manera inocente por la pérdida de una figura amada, la llegada de un familiar o en forma más crónica por la falta de amor por parte de la madre.
- Análisis de los eventos desencadenantes que provocaron la depresión por desilusión y estableciendo los denominadores comunes entre las primeras experiencias de decepción y los sentimientos actuales de la misma naturaleza; con la intención de interpretar, realizar insight y trabajar en ello. Además debe prestársele especial atención a la relación transferencial.

- Enfrentamiento del enojo contra el objeto amoroso que causó la desilusión.

1.5.6. Los sentimientos de decepción deben ser tratados a través de:

- Análisis de los antecedentes para buscar episodios tempranos de decepción. Ésta solía ser una parte del desarrollo de los niños porque estaban muy pequeños para saber o entender la diferencia.
- Trabajando con los rasgos paranoides; ya que las personas que han sido frecuentemente engañadas presentan estos rasgos, dificultándoseles establecer relaciones duraderas. Por lo tanto la relación transferencial posiblemente, también puede ser débil.

1.5.7. La oralidad y hambre de estímulos debe ser tratada a través de:

- El conocimiento de los antecedentes del paciente servirá para buscar pruebas tanto de la necesidad de suministros orales y otros estímulos, como el de la reacción depresiva, cuando no son accesibles. Además, los denominadores comunes se encontrarán en la relación transferencial.
- El autor prefiere utilizar el concepto de “hambre de estímulos”, ya que esto facilita incluir el tratamiento para las necesidades orales clásicas, necesidades generales de amor y las de estimulación de sonido, luz y contacto humano. Estas necesidades se presentan en las situaciones hipomaníacas y en las depresiones latentes.

1.5.8. El narcisismo debe ser tratado a través de:

- Análisis de los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos. Las personas que logran un objeto de amor internalizado pueden ser independientes por completo y no deprimirse en forma significativa; aún después de experiencias depresivas. La persona depresiva se deprime con facilidad cuando no hay

suficiente suministro de estímulos, como autoestima, sentimiento de ser especialmente amado y otras. En su intento por regular esta hambre de estímulos, el paciente depresivo atraviesa una línea difícil entre la sobreestimulación y subestimulación, entre ser hipo activo y depresivo.

- El énfasis en la educación y la planificación de la vida del paciente para que reconozca las señales de desilusión y vacío, y pueda protegerse del abandono luego de experiencias muy agradables.
- La atención a la necesidad excesiva de ser amado y de tener otras gratificaciones narcisistas otorgadas por la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. El sentimiento de vacío, frecuentemente, se percibe como proveniente del exterior y se relaciona con la necesidad de suministro, sentimientos de baja autoestima, relaciones objetales pobres y tomar al YO como un objeto de amor propio.

1.5.9. La negación debe aplicarse:

- Prestando atención a los antecedentes para observar si previamente se dio la negación y si estuvo acompañada por depresiones.
- Señalando la continuidad donde no la hay, se puede encontrar el afecto negado. Esto por sí mismo hará retroceder la depresión con rapidez. Señala el autor que los depresivos con frecuencia niegan el evento traumático (desilusión, decepción o cólera).
- Utilizando catarsis mediata y directa. Señala que es beneficioso usarla después de la interpretación catártica del afecto y eventos negados. Es necesario estimular al paciente para que exprese su ira hacia la persona responsable de su depresión.

1.5.10. Las perturbaciones en las relaciones objetales deben tratarse:

- Examinando la historia del paciente en cuanto a la naturaleza de las relaciones objetales. En los depresivos estas relaciones con frecuencia son de naturaleza anaclítica, con un apego oral. Además, señala que atendiendo a estas perturbaciones se debe tomar en cuenta la privación oral y en especial una mezcla de sobre indulgencia y privación. Igualmente, es necesario observar las expectativas parentales, ya que el autor señala que padres críticos, frecuentemente, son los provocadores de un excesivo nivel de aspiración y por ende de una autoestima baja. Asimismo, otro predisponente de la depresión puede ser la necesidad de complacer a otros, unido a una alta probabilidad de fracasar. Para terminar, el autor manifiesta que las relaciones simbióticas con las dificultades concomitantes en los límites del YO, se observan en pacientes gravemente deprimidos.

- Refiriéndose constantemente a la relación transferencial, ya que desde el principio se debe advertir al paciente que se puede desilusionar con facilidad y por tal motivo deseará suspender el tratamiento. Desde la primera sesión en adelante se debe ayudar al paciente a anticipar y a trabajar la separación, desilusión e ira que pueden aparecer y amenazar el resultado terapéutico.

- Finalizando la psicoterapia breve y de urgencia con una transferencia positiva. Aunque es difícil que se alteren los aspectos estructurales pertenecientes a las relaciones objetales, para producir un cambio permanente en la psicoterapia breve y de urgencia, se puede y debe trabajar con los problemas dinámicamente para obtener un efecto terapéutico rápido.

- Considerando la unidad diádica y los conceptos teóricos de los sistemas, el individuo deprimido varía con frecuencia su estado de ánimo de normal a depresivo como resultado de una interacción con otra persona significativa. Es

importante, entonces, incluir en el tratamiento el significante que a menudo puede tomar la situación terapéutica y llevarla fuera del rango de la terapia breve.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Metodología

1.1. Planteamiento del problema

¿Los adolescentes del Colegio Rafael Quintero Villarreal de la provincia de Herrera con síntomas depresivos que participan del Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia, reportarán cambios significativos en la percepción de problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/resentimiento?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivos generales

- Describir las características de personalidad que presentan los adolescentes con síntomas depresivos.
- Reconocer cuántos adolescentes presentan conductas de riesgo asociadas a la depresión.
- Evaluar la aplicación de la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia descrita por Bellak y Siegel.

1.2.2. Objetivos específicos

- Evaluar a jóvenes adolescentes del Colegio Rafael Quintero Villarreal mediante la Entrevista Clínica y los Cuestionarios de Depresión Infantil y el Cuestionario de Análisis Clínico.
- Aplicar un programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia, a los adolescentes de séptimo, octavo y noveno grado del Colegio Rafael Quintero Villarreal de la provincia de Herrera, que presentan síntomas depresivos.

- Evaluar la efectividad del Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia mediante un diseño de investigación que permita comparar las diferencias antes de la Psicoterapia y posterior a esta intervención.
- Lograr cambios significativos en: la percepción de problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento.
- Disminuir los síntomas depresivos de los adolescentes de VII, VIII y IX grado del Colegio Rafael Quintero Villarreal de la provincia de Herrera.

1.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la efectividad del Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia, para disminuir los síntomas depresivos en los adolescentes?
- ¿Ayuda el Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia a una recuperación eficaz y estable en adolescentes con síntomas depresivos?
- ¿Mejorarán los síntomas depresivos los adolescentes que reciban el Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia?

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis conceptual

¿El Programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia, disminuirá los niveles de depresión en las subescalas de problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento en los adolescentes del Colegio Rafael Quintero Villarreal?

1.4.2. Hipótesis operacional

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala problemas sociales obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala problemas sociales obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala autoestima obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₂: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala autoestima obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión suicida obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₃: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión suicida obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión baja energía obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H4: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión baja energía obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala culpabilidad/ resentimiento obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H5: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala culpabilidad/ resentimiento obtenidos por los sujetos del grupo experimental y el grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala problemas sociales después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H6: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala problemas sociales después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala autoestima después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H7: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala autoestima después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala depresión suicida después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H8: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala depresión suicida después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala depresión baja energía después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H9: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala depresión baja energía después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala culpabilidad/ resentimiento después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H10: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala culpabilidad/ resentimiento después de recibir el tratamiento, en comparación al momento anterior.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala problemas sociales obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el posttest.

H11: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala problemas sociales obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el posttest.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala autoestima obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el posttest.

H12: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala autoestima obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión suicida obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H13: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión suicida obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión baja energía obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H14: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala depresión baja energía obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala culpabilidad/ resentimiento obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H15: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la subescala culpabilidad/ resentimiento obtenidos por los sujetos del grupo control en el pretest y en el postest.

H0: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala problemas sociales en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₁₆: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala problemas sociales en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₀: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala autoestima en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₁₇: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala autoestima en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₀: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala depresión suicida en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₁₈: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala depresión suicida en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₀: Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala depresión baja energía en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H₁₉: Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala depresión baja energía en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H_0 : Los sujetos del grupo experimental obtendrán mayores o iguales puntuaciones en la subescala culpabilidad/ resentimiento energía en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

H_{20} : Los sujetos del grupo experimental obtendrán menores puntuaciones en la subescala culpabilidad/ resentimiento en comparación con el grupo control después de aplicado el tratamiento.

1.4.3. Hipótesis estadísticas

Hipótesis estadística 1: problemas sociales

Hipótesis nula (H_0)	Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales serán iguales en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.
--------------------------	---

Hipótesis alterna (H_a)	Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales serán diferentes en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.
-----------------------------	--

El punto de corte:

$gl = 17$; $t_c = \pm 2.110$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 2: autoestima

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima serán iguales en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima serán diferentes en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

El punto de corte:

$$gl = 17; \quad tc = \pm 2.110$$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 3: depresión suicida

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida serán iguales en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida serán diferentes en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

El punto de corte:

$$gl = 17; \quad tc = \pm 2.110$$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 4: depresión baja energía

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía serán iguales en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía serán diferentes en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $tc = \pm 2.110$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 5: culpabilidad/ resentimiento

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/ resentimiento iguales en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/ resentimiento serán diferentes en ambos grupos (grupo experimental y grupo control), antes de iniciado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $tc = \pm 2.110$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 6: problemas sociales

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales por el grupo experimental serán mayores o iguales, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales por el grupo experimental serán menores, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

El punto de corte:

$gl = 8$; $t_c = 1.860$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 7: autoestima

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima por el grupo experimental serán mayores o iguales, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima por el grupo experimental serán menores, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

El punto de corte:

$gl = 8$; $t_c = 1.860$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 8: depresión suicida

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida por el grupo experimental serán mayores o iguales, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida por el grupo experimental serán menores, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

El punto de corte

$gl = 8$; $t_c = 1.860$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 9: depresión baja energía

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía por el grupo experimental serán mayores o iguales, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía por el grupo experimental serán menores, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

El punto de corte:

$gl = 8$; $t_c = 1.860$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 10: culpabilidad/ resentimiento

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/ resentimiento por el grupo experimental serán mayores o iguales, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/ resentimiento por el grupo experimental serán menores, después de recibir el tratamiento, comparado con el momento anterior.

El punto de corte:

$gl = 8$; $t_c = 1.860$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 11: problemas sociales

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales serán iguales en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales serán diferentes en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

El punto de corte:

$gl = 9$; $t_c = \pm 2.262$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 12: autoestima

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima serán iguales en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima serán diferentes en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

El punto de corte:

$gl = 9$; $t_c = \pm 2.262$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 13: depresión suicida

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida serán iguales en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida serán diferentes en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

El punto de corte:

$gl = 9$; $t_c = \pm 2.262$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 14: depresión baja energía

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía serán iguales en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía serán diferentes en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

El punto de corte:

$gl = 9$; $tc = \pm 2.262$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 15: culpabilidad/ resentimiento

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/ resentimiento serán iguales en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida serán diferentes en el grupo control, tanto en el pretest como en el postest.

El punto de corte:

$gl = 9$; $tc = \pm 2.262$

$\alpha = 0.05$ dos colas.

Hipótesis estadística 16: problemas sociales

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales por el grupo experimental serán mayores o iguales a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala problemas sociales por el grupo experimental serán menores a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $t_c = -1.740$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 17: autoestima

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima por el grupo experimental serán mayores o iguales a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala autoestima por el grupo experimental serán menores a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $t_c = -1.740$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 18: depresión suicida

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida por el grupo experimental serán mayores o iguales a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión suicida por el grupo experimental serán menores a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $tc = -1.740$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 19: depresión baja energía

Hipótesis nula (H_0) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía por el grupo experimental serán mayores o iguales a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

Hipótesis alterna (H_a) Los puntajes obtenidos en la subescala depresión baja energía por el grupo experimental serán menores a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17$; $tc = -1.740$

$\alpha = 0.05$ una cola.

Hipótesis estadística 20: culpabilidad/ resentimiento

Hipótesis nula (H0)	Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/resentimiento por el grupo experimental serán mayores o iguales a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.
Hipótesis alterna (Ha)	Los puntajes obtenidos en la subescala culpabilidad/resentimiento por el grupo experimental serán menores a los del grupo control después de aplicado el tratamiento.

El punto de corte:

$gl = 17gl$; $tc = -1.740$

$\alpha = 0.05$ una cola.

1.5. Variables

1.5.1. Variable independiente: Psicoterapia breve intensiva y de urgencia

La psicoterapia breve intensiva y de urgencia es una intervención psicoterapéutica de orientación psicodinámica. Ella aplica la terapia de insight, se orienta y selecciona los síntomas principales más preocupantes y sus causas. También se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente con la finalidad de que el paciente reaprenda de un modo más efectivo. Consta de:

- Cinco sesiones de 50 minutos (el número de sesiones o duración puede variar)
- Sesión de seguimiento un mes después.
- Anamnesis completa.
- Apreciación psicodinámica y estructural.
- Técnicas para las áreas de intervención

1.5.2. Variables dependientes:

Depresión: La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizados por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en actividades y culpa excesiva o sentimiento de inutilidad, según criterios del DSM –IV.

Problemas sociales: se trata de una subescala del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), que toma en cuenta las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima: se trata de una subescala del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), que toma en cuenta los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor. En estas dos subescalas si el puntaje obtenido por la persona es alto, significa que posee ciertas dificultades relacionadas específicamente con la subescala de que se trate.

Depresión suicida: se trata de una subescala del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), en donde, si la persona obtiene puntuaciones decatipos bajas (1-3) está satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de la vida; pero si obtiene puntuaciones decatipos altas (8-10) está insatisfecha con la vida.

Depresión baja energía: se trata de una subescala del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), en donde, si la persona obtiene puntuaciones decatipos bajas (1-3) está enérgica, muestra entusiasmo por el trabajo, duerme profundamente; pero si obtiene puntuaciones decatipos altas (8-10) tiene sentimientos de intranquilidad y preocupaciones, falta de energía para afrontar lo que le llega.

Culpabilidad/ resentimiento: se trata de una subescala del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), en donde, si la persona obtiene puntuaciones decatipos bajas(1-3) no es perturbable por sentimientos de culpabilidad, puede dormir si deja sin hacer cosas

importantes; pero si obtiene puntuaciones decatipos altas(8-10) se acusa por todo lo que no le sale bien, se autocrítica.

1.6. Estrategias de investigación

1.6.1. Tipos de estudio y diseño de investigación

Se trata de un tipo de investigación cuasiexperimental, en donde es posible manipular la variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes; solo que difieren de los experimentos verdaderos en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos, es decir, que no se cuenta con los controles rigurosos de los diseños experimentales. A pesar que en los cuasiexperimentos los sujetos no son asignados al azar a los grupos, en nuestra investigación tratamos de hacerlo para acercarnos un poco más a los experimentos verdaderos.

Se utilizará el **Diseño de Preprueba-Postprueba y grupos intactos, uno de ellos de control**. A ambos grupos se les administra simultáneamente la preprueba, un grupo recibe el tratamiento experimental y el otro no (grupo control) y finalmente se les administra también simultáneamente una postprueba. El diseño puede diagramarse como sigue:

G1	O1	X	O2
G2	O3	—	O4

G se refiere a los grupos de sujetos (G1, grupo 1; G2, grupo 2).

O se refiere a la medición de los sujetos de un grupo (una prueba, cuestionario, observaciones, entre otras). Si aparece antes del estímulo o tratamiento se trata de una preprueba (previa al tratamiento). Si aparece después del estímulo se trata de una postprueba (posterior al tratamiento).

X se refiere al tratamiento, estímulo o condición experimental (presencia de algún nivel de la variable independiente).

___ se refiere a la ausencia de estímulo (nivel cero en la variable independiente). Indica que se trata de un grupo de control.

Para este estudio se utilizan pruebas estadísticas como la media y la desviación estándar. Para las pruebas de hipótesis que evalúan la diferencia entre el pretest y el posttest, dentro de los grupos y entre los grupos, se utilizan las pruebas paramétricas como la prueba t para medias emparejadas y prueba t para varianzas desiguales. El nivel de significancia es de alfa 0.05.

Para todos los cálculos utilizamos el programa XL-STAT versión 2007.

1.7. Conceptos de población y muestra

1.7.1. Población Objetivo: Adolescentes de séptimo, octavo y noveno grado con síntomas depresivos.

1.7.2. Población Muestral: Adolescentes de séptimo, octavo y noveno grado con síntomas depresivos que estudien en el Colegio Rafael Quintero Villarreal en el distrito de Ocu.

1.7.3. Muestra: Adolescentes de séptimo, octavo y noveno grado de ambos sexos, con síntomas depresivos y que cumplan con los criterios de inclusión.

1.8. Métodos de selección de los participantes

1.8.1 Criterios de inclusión: Los participantes en este programa deben reunir los siguientes criterios:

- Pacientes con síntomas depresivos
- Ser estudiante del Colegio Rafael Quintero Villarreal.
- Estar en séptimo, octavo, noveno grado.
- Poseer una inteligencia normal.
- No estar recibiendo tratamiento psicológico, psiquiátrico, ni medicamentoso.

- Participar voluntariamente del programa, con el consentimiento, además, de los padres.
- Tener puntuaciones altas en las subescalas de problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento.

1.8.2. Criterios de exclusión: Los criterios de exclusión para los participantes del programa son los siguientes:

- No presentar síntomas depresivos.
- Estudiar en un colegio diferente al citado.
- No estar en los grados mencionados.
- No poseer una inteligencia normal.
- Recibir tratamiento psicológico, psiquiátrico o medicamentoso.
- No tener el permiso de los padres para participar del programa.
- No desear participar voluntariamente del mismo.
- Poseer puntuaciones bajas en las subescalas de problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento.

1.9. Técnicas o instrumentos de medición:

- **Entrevista Clínica Psicológica Individual:** Se llevarán a cabo, entrevistas a los adolescentes de séptimo, octavo y noveno grado, con el propósito de conocer diferentes aspectos de su vida, entre ellas: los datos generales, historia de la enfermedad actual, anamnesis somática, anamnesis personal y familiar, etc.
- **CDS:** Cuestionario de Depresión para niños, contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agrupan sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas. El Total Depresivo TD

incluye respuesta afectiva RA, problemas sociales PS, autoestima AE, preocupación por la muerte/ salud PM, sentimiento de culpabilidad SC y depresivos varios DV. El Total Positivo TP incluye ánimo- alegría AA y positivos diarios PV. Cada elemento se valora en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde muy de acuerdo, en desacuerdo, no estoy seguro, de acuerdo y muy de acuerdo en los elementos de tipo depresivo; y desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo en los de tipo positivos.

En esta prueba trabajaremos con las subescalas problemas sociales y autoestima, en donde en la subescala de autoestima las puntuaciones de 0-9 corresponden al decatipo 1; 11-12 puntos corresponden al decatipo 2; 14-16 puntos corresponden al decatipo 3; 17-19 puntos corresponden al decatipo 4; 20-21 puntos corresponden al decatipo 5; 22-24 puntos corresponden al decatipo 6; 25-28 puntos corresponden al decatipo 7; 29-31 puntos corresponden al decatipo 8; 33-35 puntos corresponden al decatipo 9 y de 37-40 puntos corresponden al decatipo 10.

Para la subescala de problemas sociales, las puntuaciones de 0-8 corresponden al decatipo 1; 10-11 puntos corresponden al decatipo 2; 13-14 puntos corresponden al decatipo 3; 15-17 puntos corresponden al decatipo 4; 18-20 puntos corresponden al decatipo 5; 21-24 puntos corresponden al decatipo 6; 25-27 puntos corresponden al decatipo 7; 28-30 puntos corresponden al decatipo 8; 31-33 puntos corresponden al decatipo 9 y de 36-40 puntos corresponden al decatipo 10.

Las puntuaciones decatipos 4, 5, 6, y 7 corresponden a la distribución promedio; los decatipos 2-3 y 8-9 indican una gran desviación de la media y por último los decatipos 1 y 10 son valores extremos; es decir, que la persona que obtiene puntuaciones bajas está en perfectas condiciones, mientras que puntuaciones altas indican que la persona tiene grandes dificultades. El CDS se

aplica a niños comprendidos entre los ocho y dieciséis años; es decir, a sujetos que pueden comprender el contenido de los elementos.

- **CAQ:** Cuestionario de Análisis Clínico incluye 12 rasgos de personalidad, siete de los cuales miden manifestaciones primarias de la depresión y las cinco restantes han sido desarrolladas para evaluar rasgos factorialmente identificados en el conjunto de los elementos del MMPI. De esta forma, el CAQ, combina datos de tipo patológico con la información sobre la estructura misma de la personalidad; así pues, sirve tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento.

El CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico) consta de las siguientes subescalas: hipocondriasis D1, depresión suicida D2, agitación D3, depresión ansiosa D4, depresión baja energía D5, culpabilidad- resentimiento D6, apatía-retirada D7, paranoia Pa, desviación psicopática Pp, esquizofrenia Sc, psicastenia AS y desajuste psicológico PS. En nuestra investigación trabajaremos con las subescalas de depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/resentimiento.

Para los adolescentes varones en la subescala de depresión suicida D2, 0 punto corresponde al decatipo 3; 1 punto al decatipo 4; 2-3 puntos al decatipo 5; 4 - 6 puntos al decatipo 6; 7- 8 puntos al decatipo 7; 9-11 puntos al decatipo 8; 12-15 puntos al decatipo 9 y 16-24 puntos al decatipo 10.

Para las adolescentes mujeres, 0 punto corresponde al decatipo 3; 1-2 puntos al decatipo 4; 3-4 puntos al decatipo 5; 5-6 puntos al decatipo 6; 7-9 puntos al decatipo 7; 10-13 puntos al decatipo 8; 14-18 puntos al decatipo 9 y 19 - 24 puntos al decatipo 10.

Para la subescala depresión baja energía D5 en adolescentes varones, 0 punto corresponde al decatipo 1; 1 punto al decatipo 2; 2-3 puntos al decatipo 3; 4-5 puntos al decatipo 4; 6-7 puntos al decatipo 5; 8-9 puntos al decatipo 6; 10-11 puntos al decatipo 7; 12-13 puntos al decatipo 8; 14-16 puntos al decatipo 9 y 17-24 puntos al decatipo 10.

Para las adolescentes mujeres, 0 punto corresponde al decatipo 1; 1-2 puntos al decatipo 2; 3-4 puntos al decatipo 3; 5-6 puntos al decatipo 4; 7-8 puntos al decatipo 5; 9-10 puntos al decatipo 6; 11-13 puntos al decatipo 7; 14-16 puntos al decatipo 8; 17-18 puntos al decatipo 9 y 19-24 puntos al decatipo 10.

Para la subescala culpabilidad/ resentimiento D6 en adolescentes varones, 0-1 punto corresponde al decatipo 1; 2-3 puntos al decatipo 2; 4-5 puntos al decatipo 3; 6-7 puntos al decatipo 4; 8-9 puntos al decatipo 5; 10-11 puntos al decatipo 6; de 12-14 puntos al decatipo 7; 15 puntos al decatipo 8; 16-17 puntos al decatipo 9 y 18-24 puntos al decatipo 10.

Para las adolescentes mujeres, 0-2 puntos corresponde al decatipo 1; 3-4 puntos al decatipo 2; 5-6 puntos al decatipo 3; 7-8 puntos al decatipo 4; 9-10 puntos al decatipo 5; de 11-13 puntos al decatipo 6; 14-15 puntos al decatipo 7; 16-17 puntos al decatipo 8; de 18-20 puntos al decatipo 9 y 21-24 puntos al decatipo 10.

Se aplica a adolescentes y adultos (nivel básico: estudios primarios). Se puede por tanto considerar que los decatipos 5 y 6 son valores medios, 4 y 7 muestran una pequeña desviación en una u otra dirección respectivamente, 2-3 y 8-9 indican una gran desviación, y 1 y 10 son valores extremos. Entendiendo todas esas posiciones como relativas a la población específica sobre la cual se realizó la tipificación, es decir que el sujeto que puntúa bajo, está en condiciones

óptimas para enfrentar los diferentes retos que la vida le depare y la persona con puntuaciones altas no está satisfecha con lo que ha vivido.

1.10. Alcance de la investigación

1.10.1. Proyección

Con el presente estudio se buscó demostrar la efectividad que tiene la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, para disminuir los síntomas depresivos en los adolescentes.

Esperamos contribuir en mejorar las condiciones de vida de estos jóvenes panameños y así mejorar su salud mental.

1.10.2. Limitaciones

- Este estudio y sus conclusiones se refieren a los sujetos estudiados y no podemos generalizarlos a otras poblaciones.
- Las conclusiones de este estudio están limitadas por la colaboración voluntaria de los sujetos y sus familias, ya que, en algunos casos, nos encontramos con poca colaboración por parte de los familiares.
- Por otra parte no contábamos con el tiempo disponible de los jóvenes para acudir a las sesiones, aunado a esto se da un intervalo de un mes y medio en donde no se asiste al centro educativo debido a la huelga de educadores y vacaciones de medio año.
- La bibliografía específica referente a la depresión en los adolescentes es un poco escasa.
- Dado que este estudio, en su parte de tratamiento se desarrolló en un plantel de estudios secundarios, se vio afectado por circunstancias administrativas, tiempo

de clases, huelgas y paros. Todas estas circunstancias escaparon al control de esta investigadora.

1.11. Procedimiento

- Una vez especificado el tema de investigación y el diseño metodológico, se procedió a examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema.
- Con las referencias bibliográficas se confeccionó el marco teórico.
- Se solicitó los permisos a la dirección del colegio, a los padres y madres de familia para llevar a cabo mencionado programa.
- Se solicitó la colaboración al personal docente quienes refirieron a los adolescentes.
- Se les aplicó pruebas a 135 estudiantes quienes fueron referidos por los docentes.
- Luego se entrevistaron 35 estudiantes quienes obtuvieron puntuaciones altas en las distintas pruebas aplicadas, dicha entrevista se realizó para corroborar los síntomas depresivos.
- De los 35 estudiantes que obtuvieron puntuaciones altas en las diferentes subescalas, se escogen 20 adolescentes que presentaban historias clínicas con síntomas depresivos; 10 sujetos para el grupo experimental y 10 para el control.
- Se procedió a la aplicación del tratamiento en forma individual a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Nuevamente se aplicaron las pruebas, tanto a los del grupo experimental, como a los del grupo control.

- Los resultados son analizados en interpretados estadísticamente.
- Se finaliza con las conclusiones y recomendaciones

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Análisis descriptivo de los sujetos

CUADRO I.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

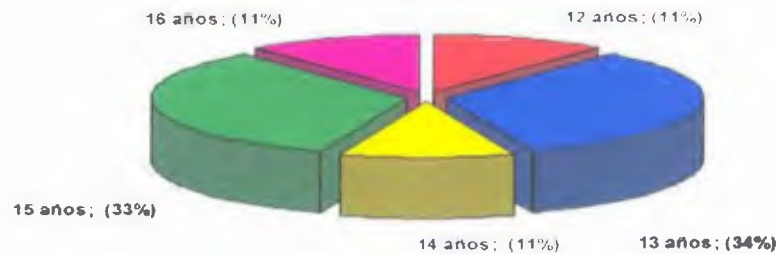
Sujetos	Edad	Escolaridad	Sexo	Situación Socioeconómica	Personas con quienes viven
1	12	VII	Femenino	Media	Abuela materna y un tío
2	13	VII	Masculino	Media	Madre y hermanos
3	13	VII	Masculino	Media	Abuela paterna
4	13	VII	Femenino	Baja	Padre, abuelos paternos y hermanos
5	14	VIII	Femenino	Media	Padres y hermanos
6	15	IX	Masculino	Media	Padres y hermanos
7	15	IX	Femenino	Media	Abuela paterna
8	15	IX	Masculino	Baja	Padres y hermanos
9	16	IX	Femenino	Baja	Padres y hermanos

En este cuadro describimos los aspectos más relevantes de los adolescentes, que decidieron participar voluntariamente en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia para disminuir los síntomas depresivos. Los adolescentes están en séptimo, octavo y noveno grado; séptimo corresponde al 45% (4 estudiantes), octavo al 11% (1 estudiante) y noveno al 44% (4 estudiantes).

En cuanto al sexo, el 56% corresponde al sexo femenino (5 hembras) y el 44% al sexo masculino (4 varones).

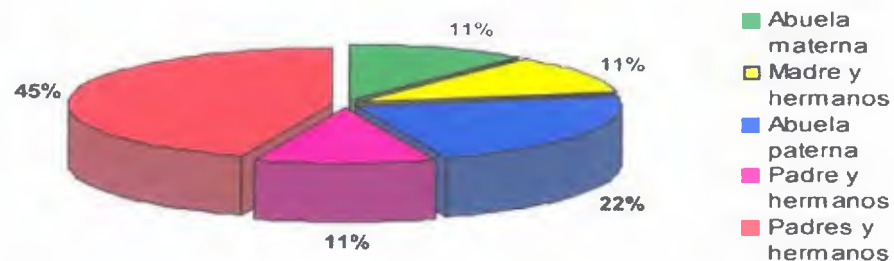
Por otra parte, en la situación económica observamos que el 67% presenta una situación económica media (6 jóvenes), mientras que el 33% tiene una situación económica baja.

Gráfica 1. EDADES RESPECTIVAS DE LOS SUJETOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL



En esta gráfica observamos que las edades de los sujetos están comprendidas entre los 12 y los 16 años, teniendo la muestra un promedio de 14 años de edad.

Gráfica 2. PERSONAS CON QUIENES VIVEN LOS SUJETOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL



Esta otra gráfica nos muestra que varios de estos adolescentes no viven con ambos padres (55%). Consideramos que este es un aspecto de gran importancia en nuestro estudio, ya que los que no viven con ambos padres tienen antecedentes de historias de pérdidas y por otra parte puede que los que viven con los abuelos internalicen sensación de rechazo y de poca confianza en sí mismo.

CUADRO II.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL GRUPO CONTROL

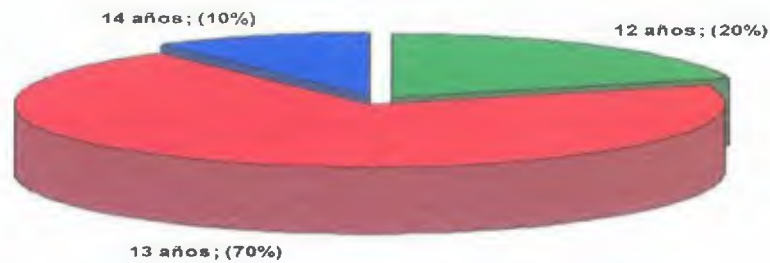
Sujetos	Edad	Escolaridad	Sexo	Situación Socioeconómica	Personas con quienes viven
1	12	VII	Masculino	Media	Madre, padrastro y hermanos
2	12	VII	Masculino	Media	Padres y hermana
3	13	VII	Masculino	Media	Padres y hermanos
4	13	VII	Femenino	Media	Madre, abuelos y tía materna
5	13	VII	Femenino	Media	Madre y hermano
6	13	VII	Masculino	Media	Abuela paterna
7	13	VII	Masculino	Media	Madre, abuelo y tía materna
8	13	VII	Masculino	Media	Padres y hermanos
9	13	VII	Masculino	Media	Tíos maternos y hermano
10	14	VIII	Femenino	Media	Madre y abuela materna

En este cuadro describimos los aspectos más relevantes de los adolescentes, que nos sirvieron para comparar al grupo experimental en nuestra investigación (grupo control). Los adolescentes están en séptimo y octavo grado; séptimo corresponde al 90% (9estudiantes) y octavo al 10% (1 estudiante).

En cuanto al sexo, el 70% corresponde al sexo masculino (7 varones) y el 30% al sexo femenino (3 hembras).

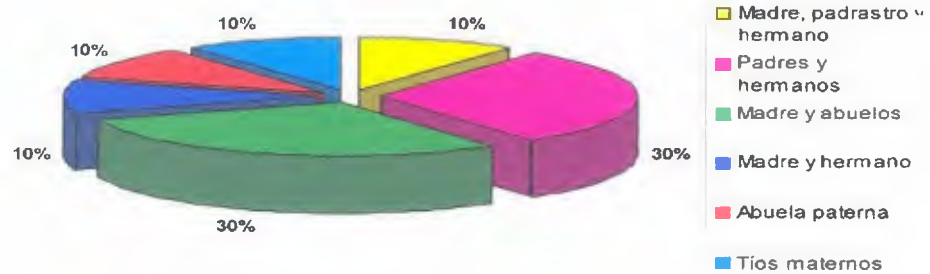
Por otra parte, en la situación económica observamos que el 100% presenta una situación económica media.

Gráfica 3. EDADES RESPECTIVAS DE LOS SUJETOS DEL GRUPO CONTROL



En esta gráfica observamos que las edades de los sujetos están comprendidas entre los 12 y los 14 años, teniendo un promedio de 12.9 de edad.

Gráfica 4. PERSONAS CON QUIENES VIVEN LOS SUJETOS DEL GRUPO CONTROL



Esta otra gráfica nos muestra que al igual que el grupo experimental, varios de estos adolescentes no viven con ambos padres (70%), ya que el 50% vive con uno de los padres, el 20% con otro familiar y el 30% con ambos padres.

CUADRO III.
CALCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES

Observaciones	9	10
Media	29.778	29.400
Desviación típica	1.302	0.966
Grados de libertad	17	
Estadístico t	0.723	
Valor crítico de t	2.110	
p-valor (bilateral)	0.479	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o=0.723$ cae dentro del valor de $t_c= \pm 2.110$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest, tanto los de el grupo experimental, como los de el grupo control.

CUADRO IV.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA AUTOESTIMA

Observaciones	9	10
Media	31.667	31.800
Desviación típica	2.000	1.814
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-0.152	
Valor crítico de t	2.110	
P-valor (bilateral)	0.881	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.152$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.110$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest, tanto los de el grupo experimental, como los de el grupo control.

CUADRO V.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

Observaciones	9	10
Media	13.556	13.900
Desviación típica	4.304	3.510
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-0.192	
Valor crítico de t	2.110	
P-valor (bilateral)	0.850	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.192$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.110$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest, tanto los de el grupo experimental, como los de el grupo control.

CUADRO VI.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA

Observaciones	9	10
Media	15.889	16.200
Desviación típica	2.892	2.821
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-0.237	
Valor crítico de t	2.110	
P-valor (bilateral)	0.815	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.237$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.110$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest, tanto los de el grupo experimental, como los de el grupo control.

CUADRO VII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA CULPABILIDAD/ RESENTIMIENTO

Observaciones	9	10
Media	18.667	19.100
Desviación típica	2.500	2.331
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-0.391	
Valor crítico de t	2.110	
P-valor (bilateral)	0.701	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.391$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.110$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest, tanto los de el grupo experimental, como los de el grupo control.

CUADRO VIII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL
SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES

Observaciones	9	9
Media	29.778	17.444
Desviación típica	1.302	6.521
Grados de libertad	8	
Estadístico t	5.778	
Valor crítico de t	1.860	
P-valor (unilateral)	0.000	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

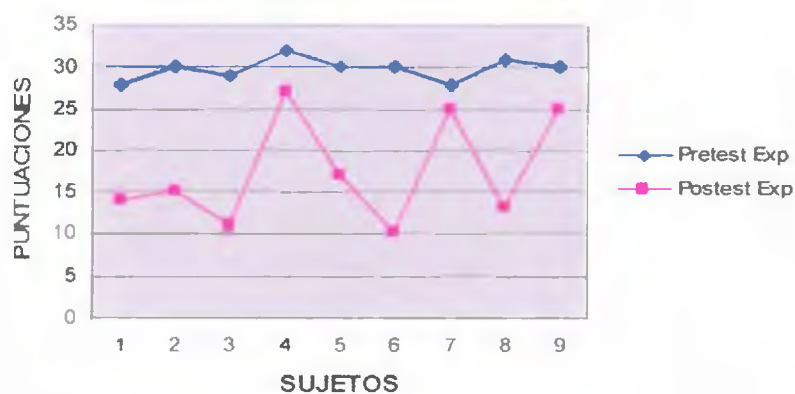
H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente superior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_a .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o > t_c$; como el valor de $t_o = 5.778$ es mayor que $t_c = 1.860$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes del mismo.

Gráfica 5. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL
 POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA
 SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES



CUADRO IX.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL
SUBESCALA AUTOESTIMA

Observaciones	9	9
Media	31.667	15.333
Desviación típica	2.000	7.550
Grados de libertad	8	
Estadístico t	7.923	
Valor crítico de t	1.860	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

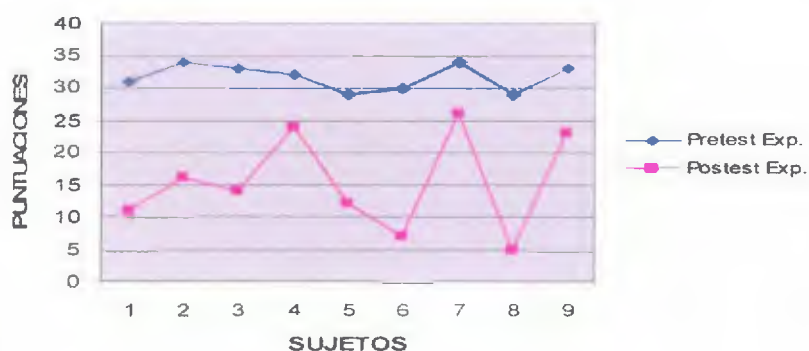
H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente superior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_a .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o > t_c$; como el valor de $t_o = 7.923$ es mayor que $t_c = 1.860$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes del mismo.

Gráfica 6. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL
 POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA
 SUBESCALA AUTOESTIMA



CUADRO X.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL
SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

Observaciones	9	9
Media	13.556	3.000
Desviación típica	4.304	2.828
Grados de libertad	8	
Estadístico t	7.357	
Valor crítico de t	1.860	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

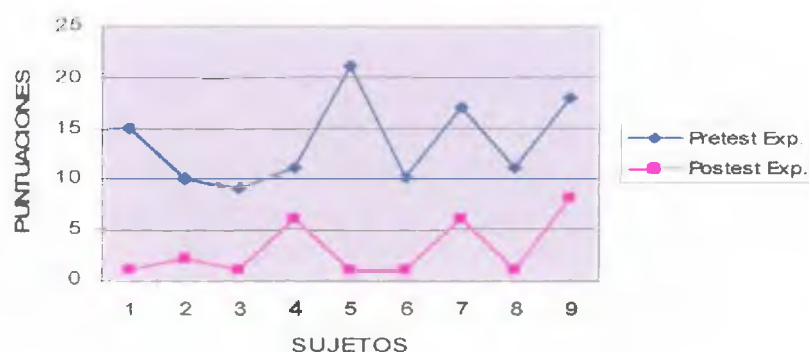
H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente superior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀ y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o > t_c$; como el valor de $t_o = 7.357$ es mayor que $t_c = 1.860$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes del mismo.

Gráfica 7 . COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL
 POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA
 SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA



CUADRO XI.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL
SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA

Observaciones	9	9
Media	15.889	4.778
Desviación típica	2.892	4.604
Grados de libertad	8	
Estadístico t	7.342	
Valor crítico de t	1.860	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente superior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀ y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o > t_c$; como el valor de $t_o = 7.342$ es mayor que $t_c = 1.860$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes del mismo.

Gráfica 8. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL
 POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA
 SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA



CUADRO XII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL
SUBESCALA CULPABILIDAD/ RESENTIMIENTO

Observaciones	9	9
Media	18.667	6.889
Desviación típica	2.500	5.207
Grados de libertad	8	
Estadístico t	7.814	
Valor crítico de t	1.860	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

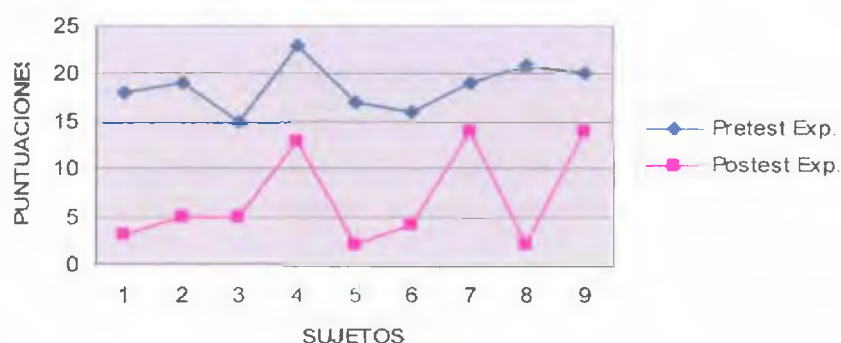
H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente superior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_a .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o > t_c$; como el valor de $t_o = 7.814$ es mayor que $t_c = 1.860$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes del mismo.

Gráfica 9. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST
DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA SUBESCALA
CULPABILIDAD/ RESENTIMIENTO



CUADRO XIII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
CONTROL
SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES

Observaciones	10	10
Media	29.400	29.800
Desviación típica	0.966	1.687
Grados de libertad	9	
Estadístico t	-0.768	
Valor crítico de t	2.262	
P-valor (bilateral)	0.462	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

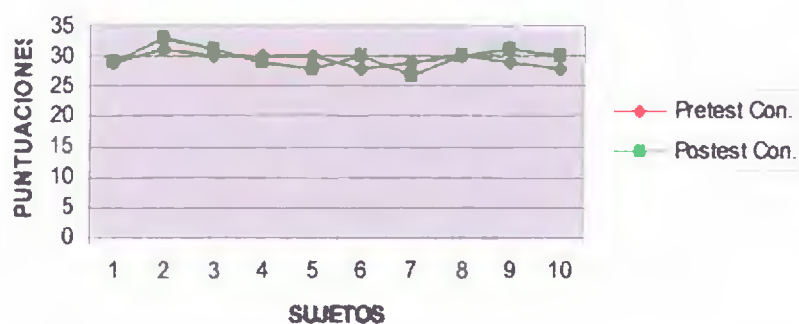
H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H_0 .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.768$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.262$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

Gráfica 10. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST
DEL GRUPO CONTROL EN LA SUBESCALA PROBLEMAS
SOCIALES



CUADRO XIV.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
CONTROL
SUBESCALA AUTOESTIMA

Observaciones	10	10
Media	31.800	31.200
Desviación típica	1.814	1.229
Grados de libertad	9	
Estadístico t	1.406	
Valor crítico de t	2.262	
P-valor (bilateral)	0.193	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = 1.406$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.262$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

**Gráfica 11. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST
DEL GRUPO CONTROL EN LA SUBESCALA AUTOESTIMA**



CUADRO XV.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

Observaciones	10	10
Media	13.900	14.100
Desviación típica	3.510	3.071
Grados de libertad	9	
Estadístico t	-0.514	
Valor crítico de t	2.262	
P-valor (bilateral)	0.619	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

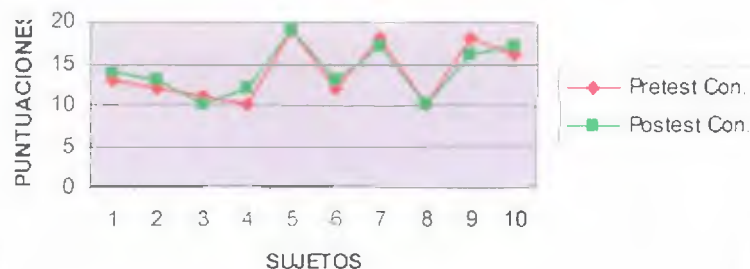
H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H_0 .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = -0.514$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.262$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

Gráfica 12. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST
Y EL POSTEST DEL GRUPO CONTROL EN LA
SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA



CUADRO XVI.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA

Observaciones	10	10
Media	16.200	16.100
Desviación típica	2.821	3.071
Grados de libertad	9	
Estadístico t	0.246	
Valor crítico de t	2.262	
P-valor (bilateral)	0.811	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H₀.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = 0.246$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.262$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

Gráfica 13. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y
EL POSTEST DEL GRUPO CONTROL EN LA
SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA



CUADRO XVII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL PRETEST Y EL POSTEST DEL GRUPO
CONTROL
SUBESCALA CULPABILIDAD/ RESENTIMIENTO

Observaciones	10	10
Media	19.100	18.400
Desviación típica	2.231	2.675
Grados de libertad	9	
Estadístico t	1.481	
Valor crítico de t	2.262	
P-valor (bilateral)	0.173	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H_0 : La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a : La diferencia entre las medias es significativamente diferente de 0.

Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula H_0 .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o \neq t_c$; como el valor de $t_o = 1.481$ cae dentro del valor de $t_c = \pm 2.262$ no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

Gráfica 14. COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST
DEL GRUPO CONTROL EN LA SUBESCALA CULPABILIDAD/
RESENTIMIENTO



CUADRO XVIII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL POSTEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA PROBLEMAS SOCIALES

Observaciones	9	10
Media	17.444	29.800
Desviación típica	6.521	1.687
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-5.797	
Valor crítico de t	-1.740	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀ y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o < -t_c$; como el valor de $t_o = -5.797$ es menor que $t_c = -1.740$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones que el grupo control después de aplicado el tratamiento.

CUADRO XIX.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL POSTEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA AUTOESTIMA

Observaciones	9	10
Media	15.333	31.200
Desviación típica	7.550	1.229
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-6.570	
Valor crítico de t	-1.740	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H₀: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

H_a: La diferencia entre las medias es significativamente inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H₀ y aceptar la hipótesis alternativa H_a.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H₀ si $t_o < -t_c$; como el valor de $t_o = -6.570$ es menor que $t_c = -1.740$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones que el grupo control después de aplicado el tratamiento.

CUADRO XX.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL POSTEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

Observaciones	9	10
Media	3.000	14.100
Desviación típica	2.828	3.071
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-8.163	
Valor crítico de t	-1.740	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

Ho: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

Ha: La diferencia entre las medias es significativamente inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula Ho y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza Ho si $t_o < -t_c$; como el valor de $t_o = -8.163$ es menor que $t_c = -1.740$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones que el grupo control después de aplicado el tratamiento.

CUADRO XXI.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL POSTEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA

Observaciones	9	10
Media	4.778	16.100
Desviación típica	4.604	3.071
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-6.369	
Valor crítico de t	-1.740	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

Ho: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

Ha: La diferencia entre las medias es significativamente inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_a .

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o < -t_c$; como el valor de $t_o = -6.369$ es menor que $t_c = -1.740$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones que el grupo control después de aplicado el tratamiento.

CUADRO XXII.
CÁLCULO PRUEBA t PARA EL POSTEST DE LOS GRUPOS
EXPERIMENTAL Y CONTROL
SUBESCALA CULPABILIDAD/ RESENTIMIENTO

Observaciones	9	10
Media	5.778	18.400
Desviación típica	4.522	2.675
Grados de libertad	17	
Estadístico t	-7.502	
Valor crítico de t	-1.740	
P-valor (unilateral)	<0.0001	
Alfa	0.05	

Interpretación de la prueba:

H0: La diferencia entre las medias no es significativamente diferente de 0.

Ha: La diferencia entre las medias es significativamente inferior a 0.

Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H0 y aceptar la hipótesis alternativa Ha.

Por otra parte la regla de decisión señala que se rechaza H_0 si $t_o < -t_c$; como el valor de $t_o = -7.502$ es menor que $t_c = -1.740$ podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna la cual nos indica que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones que el grupo control después de aplicado el tratamiento.

2. Discusión de resultados.

Nuestra primera interpretación corresponde a los cuadros III, IV, V, VI y VII que evalúan las puntuaciones en el Pretest de los grupos experimental y control en las subescalas: problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento.

La prueba t nos señala que tanto las medias como las desviaciones típicas son bastantes parecidas en ambos grupos (experimental y control), antes de iniciado el tratamiento en las subescalas mencionadas anteriormente. Además la regla de decisión nos señala que debido a que t observada (t_o) no es diferente de t crítica (t_c), no podemos rechazar la hipótesis nula, la cual nos indica que no existen diferencias significativas entre los puntajes del pretest obtenidos por los sujetos tanto del grupo experimental como del grupo control y así las diferencias son pequeñas comparando ambos grupos.

Interpretación de las mediciones del Pretest y Postest del Grupo Experimental en las diferentes subescalas (problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento). Esta medición nos indicará los efectos del tratamiento psicoterapéutico empleado.

En los cuadros VIII, IX, X XI y XII cuando comparamos las medias del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento es obvia la diferencia, por lo que la prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística para aceptar nuestra hipótesis alterna con un margen de error de 5%, la cual nos señala que los sujetos del grupo experimental obtendrían menores puntuaciones después de recibir el tratamiento, que antes de recibirlo.

Nuestra Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia logró modificar, tanto cognitivamente como conductualmente, la percepción de las diversas situaciones sociales a las que se enfrentan estos adolescentes. Informaron que están en capacidad de relacionarse con otras personas, en especial con sus familiares, ya que esto a ellos se les

hacía difícil, pero poco a poco comprendieron que es bueno confiar en alguien, especialmente si son sus seres queridos. También comentan que ha sido de gran ayuda para ellos esta terapia, ya que ellos antes de iniciada la misma pensaban que nadie se preocupaba por ellos, no los comprendían, ni los querían; sin embargo, a medida que pasó el tiempo esto fue cambiando, ya que comprendieron que en realidad no era así, sino que ellos por temor a ser rechazados no permitían que los familiares y sus compañeros de clase les demostraran cariño. Comentaron que conforme avanzaba la terapia, ellos empezaron a relacionarse y a confiarles las diferentes inquietudes a sus familiares. Estos les comentaron que estaban preocupados por ellos, ya que en ningún momento se acercaban a preguntarles o decirles algo; pero gracias a la terapia esto ha mejorado y ellos confían en que seguirá siendo así.

Por otra parte, también observamos como estos adolescentes mejoraron su autoestima, que es un aspecto fundamental en esta etapa de la vida, ya que si estos jóvenes se forman una imagen negativa de sí mismos, no se valorarán como personas, se avergonzarán de sí mismos, entre otras cosas será lo que van a proyectar al exterior, porque en el fondo, así es como se sienten. Sin embargo, gracias a la terapia, observamos como estos adolescentes han cambiado la forma de pensar y de sentir respecto a ellos mismos. Comprendieron que desarrollaron esta baja estima de sí mismos, ya que la mayoría de los familiares los hacían sentir impotentes, desvalidos, con expectativas deficientes de sí mismos.

Generalmente los comparaban con los otros hermanos o con familiares que sobresalían más que ellos y esto los hacía sentir muy mal. Con el transcurrir del tratamiento, entendieron que ellos también poseen cualidades positivas iguales o mejores que las demás personas; pero que lamentablemente muy pocas veces alguien había resaltado las características positivas en ellos. Desde ese momento en adelante tratarán de mejorar algunas actitudes en ellos, pero siempre teniendo en cuenta que son personas valiosas e importantes para el resto del mundo y que de ahora en adelante no les

permitirán a los demás que los traten como si ellos no funcionaran para nada, ya que todos poseen defectos y virtudes.

También cabe mencionar el hecho de que estos jóvenes ha pesar de que ninguno ha intentado suicidarse, la mayoría pensaba que la vida no tiene sentido. Pensaban para qué seguir viviendo, si ni siquiera a mi familia le intereso entre otros aspectos; sin embargo, estos jóvenes con el transcurrir del tiempo en la terapia nos dijeron que comprendían que morir se no tenía ningún sentido, que si Dios les había dado vida era porque ellos tenían destinado algún papel en esta vida y que continuarán luchando, principalmente en la escuela para el día de mañana convertirse en profesionales y lograr alguna de las metas que tenían propuestas. Se les responde que está muy bien que piensen en el futuro, en todo lo que pueden lograr si ellos lo desean.

Comentan que están disfrutando de algunos aspectos de la vida y que anteriormente no le encontraban sentido. Entre estos podemos mencionar el tener la oportunidad de estudiar, poseer la familia que tienen, aunque en algunos momentos se enojan con estas. Dan gracias a Dios por tener a alguien en este mundo que sí se preocupa por ellos y les brinda de lo poco que tienen. Por la edad que tienen a veces no valoran lo que la familia hace por ellos, pero en el fondo les están agradecidos.

Otro aspecto a observar es el hecho de que en un principio los sujetos se despertaban sin energías para comenzar el día, se sentían agotados, no dormían bien, pero concluido el tratamiento los jóvenes comentaban que tenían ánimo y fuerzas para seguir adelante. Muestran entusiasmo por los estudios y expresan que logran dormir más horas, ya que todavía algunos tienen preocupaciones referentes a los estudios. No todos creen pasar el año lectivo, lo que los hace sentir un poco tristes, pero con el ánimo de pasar y si no lo logran, el próximo año lo intentarán nuevamente hasta alcanzarlo. Aprendieron que en la vida uno se puede caer, pero se debe levantar y esto es lo importante. Además señalaban tener el deseo de seguir aprovechando las oportunidades que la vida les brinda.

Cabe señalar que los adolescentes también presentaban en un principio sentimientos de culpa, se acusaban por todo lo que no les salía bien. Esto era provocado por los familiares quienes en primera instancia los culpaban de lo que sucedía y luego se volvieron autocríticos. Después se dan cuenta que muchas de las cosas de las cuales ellos mismos se acusaban no era responsabilidad de ellos, sino de los padres o de la persona con quien vivían. También comprendieron que muchas veces no se permitían tener malos pensamientos respecto a sus familiares, es decir, que a veces estaban enojadísimos con los familiares por las constantes acusaciones de tener la culpa de todo, pero en el fondo se tragaban lo que pensaban o lo que sentían.

Ahora son capaces de expresarles a los familiares, que no son ellos los culpables de todo lo que sucede, que serán responsables de algunas cosas, pero no de todo. Comunican a los familiares que como personas adultas que son, deben aprender a hacerles frente a las consecuencias de sus actos y no de echar la responsabilidad a otras personas. Al hacerlo, se volvieron jóvenes asertivos ya que dicen las cosas que le gustan y lo que no, de forma sutil y sin hacer sentir mal a los demás. Todo esto juega un papel muy importante en los adolescentes para que en el día de mañana sean personas mejores.

Al finalizar la psicoterapia breve intensiva y de urgencia le preguntamos a los muchachos cómo se sentían con respecto a los síntomas reportados al inicio del tratamiento. Ellos respondieron que estaban sorprendidos, ya que nunca pensaban que podían mejorar tanto. Señalan que tienen una mejor autoestima, que han mejorado considerablemente sus relaciones sociales especialmente con los familiares, pueden dormir mejor; aunque en ocasiones durante las noches se ponen a pensar cosas que han vivido y pasan un tiempo sin dormir; ya no es fácil que se sientan culpables, se sienten más seguros de sí mismos, con energías y dispuestos a enfrentar las distintas situaciones que la vida presenta.

Cabe mencionar que además de tratar los síntomas mencionados anteriormente en el tratamiento, también se enfatizó en algunos de los diez (10) factores específicos en la

algunas situaciones se les solicitaban fueran al colegio, pero nunca fueron por diversas circunstancias y finalmente el hecho de que alguno de estos jóvenes fue retirado del colegio por la cantidad de fracasos y otros debido a que repetirían el año escolar. Sin embargo estos tres pacientes mejoraron diferentes aspectos y tenemos la confianza que utilizarán lo aprendido en diferentes situaciones que la vida les presente.

Continuamos la interpretación correspondiente a los cuadros XIII, XIV, XV, XVI y XVII donde evaluamos las puntuaciones en el pretest y el postest del grupo control en las subescalas: problemas sociales, autoestima, depresión suicida, depresión baja energía y culpabilidad/ resentimiento.

La prueba t nos señala que las medias y las desviaciones típicas son bastantes parecidas en el grupo control tanto en el pretest como en el postest en las diferentes subescalas. También la regla de decisión nos señala que debido a que t observada (t_o) no es diferente de t crítica (t_c) no tenemos suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, la cual nos señala que no existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los sujetos del grupo control tanto en el pretest como en el postest.

Igualmente encontramos en las Gráficas 10, 11, 12, 13 y 14 donde comparábamos el pretest y el postest del grupo control, que no hubo diferencias significativas en ambas mediciones, ya que este grupo no recibió ningún tratamiento.

Finalizamos la interpretación correspondiente a los Cuadros XVIII, XIX, XX, XXI y XXII, donde evaluamos las puntuaciones en el postest de ambos grupos (experimental y control) en las diferentes subescalas.

Cuando comparamos las medias del grupo experimental y las del grupo control, al igual que la desviación típica en los postest encontramos diferencias significativas. Esto nos indica que en la prueba t hubo suficiente evidencia estadística para aceptar nuestra hipótesis alterna, con un margen de error de 5%, y nos señala que los sujetos del grupo

experimental obtuvieron menores puntuaciones comparado con los sujetos del grupo control una vez concluyó el tratamiento. Además, la regla de decisión nos señala que se rechaza la hipótesis nula si t observada (t_o), es menor que t crítica (t_c) y en este aspecto t observado en todas las subescalas es menor que t crítico (-1.740); por lo que pareciera que el tratamiento ofrecido a los sujetos fue efectivo para disminuir los síntomas depresivos y de esta forma contribuimos a que estos jóvenes desarrollen una condición digna para enfrentar las dificultades de la vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Los resultados indican que la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia siguiendo el modelo de Bellak, contribuye a la disminución de los síntomas depresivos en los adolescentes.
- Los adolescentes que participaron en nuestro estudio lograron mejorías tanto cognitiva como conductualmente a lo largo del tratamiento, mejoría que se reflejó en las pruebas aplicadas después de dicho tratamiento.
- Entre las modificaciones o cambios más relevantes que los pacientes reportaron están la reducción del sentimiento de culpa, aumento de la autoestima, mejores relaciones con los demás en especial con los familiares y la disminución de la sensación de cansancio, entre otras.
- Aunque obtuvimos evidencia estadística para determinar que las medias del grupo experimental eran significativamente diferentes antes y después del tratamiento, observamos que algunos adolescentes siguieron mostrando niveles bajos de depresión en las diferentes subescalas; probablemente esto se debió a que necesitaban más sesiones y mayor tiempo.
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del término del tratamiento, es decir, a corto plazo, por lo tanto la mejoría reflejada a través de los resultados en las pruebas de estos adolescentes debe ser considerada como una mejoría en ese periodo de tiempo.
- Consideramos efectivo el enfoque particular de la Psicoterapia Breve. Intensiva y de Urgencia siguiendo el modelo de Bellak para abordar los problemas que reportan los pacientes; ya que es un enfoque basado principalmente en las teorías

psicoanalíticas, del aprendizaje y de sistemas y nos permitió una mayor comprensión de la problemática presentada por los pacientes.

- La familia y el entorno social desempeñan un papel fundamental en esta etapa de la vida; si los chicos viven en una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz, presentarán poco interés por la vida, afectando su autoestima y llevándolos a la depresión, como algunos casos que se presentaron en esta investigación.

RECOMENDACIONES

- Incluir un programa de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Bellak en los diferentes colegios del país, ya que observamos que una gran cantidad de estudiantes padece síntomas depresivos y, por los resultados obtenidos en esta investigación, inferimos que este tratamiento pareciera ser efectivo.
- Enseñar Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia en seminarios y que se ofrezca como parte de la materia de Psicoterapia en las diferentes universidades del país, con el objetivo de ampliar las técnicas de intervención breve; ya que esta psicoterapia demuestra ser efectiva y se realiza en un periodo de tiempo corto, lo que permite ver al paciente en forma rápida antes que desarrolle una cronicidad y resistencias posteriores a la terapia.
- Realizar conjuntamente a la terapia breve, terapia familiar, ya que observamos que la mayoría de los jóvenes presentaban dificultades en las relaciones con sus familiares.
- Reestructurar las sesiones del programa, incluyendo al menos dos sesiones más, que comprendan cada una un periodo de tiempo de cincuenta minutos, con el objetivo de trabajar, con mayor énfasis en los diferentes factores de la depresión, lo cual ayudaría a reducir en forma significativa los síntomas depresivos.
- Ofrecer este tipo de tratamiento psicológico a personas que presenten síntomas depresivos; ya que en esta investigación obtuvimos resultados que sustentan lo provechoso que ha sido para disminuir los síntomas depresivos en un grupo de adolescentes.
- Darle seguimiento al programa, continuar con la evaluación de los resultados e introducir las modificaciones necesarias; ya que un programa debe ser evaluado

constantemente, con el objetivo de detectar las fallas y facilitar el mejoramiento de los métodos y las técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA I., Yara, (2002). Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia aplicada a Adultos Mayores Depresivos con Manifestaciones de Conductas Parasuicidas. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá.

AGUILAR, M. G. y MELGOZA, M. E., (1995). Adolescencia: Espejo de la sociedad actual, serie repasando y repensando la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen.

ARIETI, S. y BEMPORAD, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Editorial Paidós, SAICF.

ARON, A. y ARON, E. (2001). Estadística para psicología. Buenos Aires, Argentina: Prentice Hall y Pearson Educación.

AGUIRRE, Ángel, (1996). Psicología de la adolescencia. México: Grupo Editorial Alfaomega S. A.

BARÉS, Milagros. Enciclopedia de la Psicología. Barcelona, España: Grupo Océano.

BARRIOS, María (2005). Manejo del estrés y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos un abordaje cognitivo-conductual. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá. 218 págs.

BELLAK, Leopoldo (1989). Guía de preguntas del manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Editorial El manual moderno, S.A.

BELLAK, Leopoldo(1995). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. México: Editorial El Manual Moderno, S. A.

BELLAK L. y SMALL (1970). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Editorial Pax- Librería Carlos Cesarman, S. A.

BELLAK, L y H. Siegel, (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Editorial El manual moderno, S. A. de C. V.

BELLOCH, A., BONIFACIO S., RAMOS F., (1995). Manual de Psicopatología. España: Editorial Mc Graw Hill.

BERDONCES, J. (2002). El gran libro de la salud. Océano. Barcelona, España.

CASTILLA, Carlos (1980). Un estudio sobre la depresión, fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona, España: Nueva Colección Ibérica- Ediciones Península.

CONGER, John. (1980). La Psicología y tu Adolescencia. México: Editorial Harper & Row Latinoamericana S. A.

CRAIG, Grace y WOOLFOLK, Anita. (1988). Manual de Psicología y Desarrollo Educativo. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

CRAIG J. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

DAVIS, Lucy (1967). Consideraciones sobre la depresión y su diagnóstico psicológico. Guatemala.

DEROGATIS, L. y WISE, T. (1996). Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria. España: Ediciones Martínez Roca, S. A.

DSM-IV. (1996). La entrevista Clínica. Tomo I. Fundamentos de Ekkehard Othmer, M.D., Ph. D. y Sieglinde C. Othmer, Ph. D. Barcelona, España: Editorial Masson, S.A., 499 págs.

DSM-IV-TR. (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado Michael B. First, M.D. Allen Frances, M.D., Harold Alan Pincus, M.D. Barcelona, España: Editorial Masson, S. A., 1049 págs.

GOLDMAN, H. (1987). Psiquiatría General. México: Editorial El Manual Moderno.

GRINBERG, L. (1994). Culpa y Depresión: estudio psicoanalítico. Salamanca: Alianza Editorial, S.A.

HERAZO, Aleyda (2005). Psicoterapia breve intensiva de urgencia aplicada a mujeres víctimas de violencia conyugal que presentan problemas de depresión. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá. 321 págs.

HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1988). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill., 501 págs.

KAZDIN, Alan. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. México: Prentice Hall - Pearson Educación.

KRUG, Samuel (2005). Cuestionario de análisis clínico. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

LANG, M. y TISHER, M. (1997). Cuestionario de depresión para niños. Madrid, España: TEA Ediciones, S. A.

LAUFER, Moisés (1995). El adolescente suicida. España: Editorial Biblioteca Nueva.

LIEBERT, R. y NEALE, J. (1984). Psicología General. México: Editorial Limusa, S.A.

MADURO, Vali (2005). Implementation of Columbia Teen Screen R as a Pilot Program Suicide Prevention in the Republic of Panama. Tesis. Southern California University, Estados Unidos.

MONTGOMERY, Stuart. Confrontando la depresión. Inglaterra: Pfizer International.

MURGA, Aurora (1987). Diccionario de Psicología. Madrid, España: Ediciones Rioduero, EDICA.S.A.

NAVARRO, R. (1990). Psicoterapia Antidepresiva. México: Editorial Trillas.

OBLITAS, Luis A. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Editorial Thomson.

PAPALIA, D. y WENDKOS, S. (1997). Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia: Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A., 745 págs.

PAPALIA, D., WENDKOS, S. y DUSKIN, F. (2001). Psicología del desarrollo. México: Editorial McGraw Hill Interamericana, S.A.

PAROLARI, Fernanda (1998). Psicología de la adolescencia. Despertar para la vida. Santa Fe de Bogotá: Editorial San Pablo.

POLO, Nazareth (2005). Terapia de grupo en duelo complicado a personas que presentan depresión y/o ansiedad asociada a muertes perinatales. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá. 262 págs.

QUINTERO, Eric. (1999). Tu salud es nuestra preocupación. Club rotario de Panamá. Panamá.

SALVAREZZA, L. (1996). Psicogeriatría: Teoría y Clínica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós SAICF., 205 págs.

SCHWOB, Marc (1995). Cómo vencer la depresión. Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia: Ediciones San Pablo, 130 págs.

STASSEN, K. y THOMPSON R. (1997). El desarrollo de la persona desde de la niñez a la adolescencia. España: Editorial Médica Panamericana.

SITIOS VISITADOS

[http:// www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/depre.html](http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/depre.html)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>

<http://www.depression.org>.

<http://www.tupediatria.com/tema175.htm>

<http://www.salud.bioetica.org/depression.htm>

<http://www.redsaludmental.com/depression.html>

<http://www.evpp.org/familia/depresioncarencias.htm>

<http://www.mailxmail.com/curso/vida/depression.htm>

ARTÍCULO DE INTERNET

CANTORAL, G. y MENDEZ, V. (2002). Depresión en adolescentes. Un análisis de la perspectiva de género.

ANEXOS

PRESENTACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Caso N° 1

Datos Generales:

Nombre: Z. R. P.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1 de julio de 1992

Edad: 14 años

Dirección: Ocu

Situación socioeconómica: baja

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Personas con quien vive: el abuelo paterno de 59 años, la abuela materna de 55 años, padre de 36 años, hermano de 11 años y hermano de 9 años.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste, sola, que nadie me quiere ni me entiende y desesperada porque mi familia no me deja ir a visitar a mi madre, por esto me he escapado varias veces de mi casa y mi padre la última vez me fue a buscar con tajona en mano, mi padrastro salió a defenderme y ellos terminaron agarrándose a golpes”.

Historia de la Enfermedad Actual:

Señala que tiene siete años de vivir con el padre y su familia, ya que un día el padre fue donde la madre y le dijo que se los iba a llevar. La madre trató de impedirlo pero el esfuerzo fue en vano, la madre no hizo más nada, debido a que ellos estaban separados porque el padre varias veces había golpeado a la madre con la mano y con objetos.

Ha partir de febrero del año 2006 es que iniciaron para ella en realidad los problemas cuando el Tutelar de Menores decidió que ella y sus dos hermanos vivirían

con el padre y los abuelos, debido a que la madre vivía en condiciones precarias, ya que ni siquiera tenía casa, es decir, vivía en un cuartito forrado de zinc. Ella lloró mucho ese día y desde entonces se siente triste, sola, que nadie la quiere, ni la comprende, ya que el padre frecuentemente llega a casa borracho y lo que hace es pegarle a ellos con lo que encuentre (palo, tajona, correa, etc.). Ella desea estar con la madre.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía, malcriadez; especialmente con el padre y la abuela.

Enlentecimiento psicomotor.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Dificultad para concentrarse en lo relativo a la escuela.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima

Pérdida de interés en actividades como el juego, estudio, entre otros.

Anamnesis Somática:

Cuando la madre estaba embarazada de ella recibió los controles médicos necesarios, no tuvo aborto previo al nacimiento de ella, ni después. No tuvo ninguna complicación en el embarazo. Durante el parto tampoco tuvo complicaciones, ha pesar de tenerla cuando sólo tenía quince años de edad, éste fue natural.

Señala que desde los once años se desmaya, ya que no siente las piernas y se le nubla la vista y también le da asfixia. En el año 2005 la llevaron a Panamá a realizarle una serie de exámenes para conocer las causas de los desmayos pero no le encontraron nada. A inicios del año 2006 la paciente fue operada de apendicitis y en este año se le volvieron a hacer diversos exámenes pero lo que le dijeron es que eran los nervios.

Anamnesis Personal y Familiar:

Manifiesta la paciente que la abuela materna es hipertensa y que su padre es un alcohólico y que eso es lo que a ella más la enoja, ya que el real que agarra es para licor y ellos muriéndose de hambre. El abuelo es quien trabaja como peón agrícola y eso no les alcanza para nada y por esa razón ellos la mayoría de las veces se van para la escuela sin desayuno, o lo que comen es paloma, ardita y conejo ya que no hay que comer, es decir, que son una familia de una situación socioeconómica baja. La abuela no trabaja, ya que el padre de ésta está en cama y la abuela se va desde la mañana hasta la tarde para atenderlo. De vez en cuando la tía es quien les envía comida y algo de dinero para que tengan con que mantenerse. De vez en cuando lo que ellos hacen es ir a la misa los domingos e ir a visitar unos familiares que viven un poco cerca, ya que ellos no salen a pasear, ni a ningún lado porque no tienen con qué. Inclusive a veces no pueden asistir a la escuela porque no tienen dinero para pagar el pasaje y los transportes no los cargan.

Se siente inferior a sus compañeros porque estos llevan dinero para la merienda y sacar copias y que hablan de que se compren ropas y a ella le gustaría comprarse ropas también, pero la realidad es que no puede. Al menos ella está en el comedor escolar y si ella pide ayuda para algunas cosas (útiles escolares, uniformes) a ella la ayudan.

De que ella recuerde los padres siempre discutían por el hecho de que el padre pasaba todos los días en la cantina tomando y cuando llegaba a casa sin ningún real, llegaba era enojado con la madre, insultándola y pegándole. Recuerda una vez que el padre agarró un trozo de palo y le dio a la madre y la dejó tendida en el piso y ella se puso a gritar y a llorar. Allí fue donde la madre tomó la decisión de separarse del padre.

Z. R. P. cree que separarse era lo mejor, ya que si no era así, el padre ya hubiese a lo mejor matado a la madre, pero lo que hubiese ella querido era vivir con la madre ya que esta sí los quería y no los maltrataba ni los insultaba. También recuerda que su padre nunca hablaba con la madre, mucho menos con ellos porque siempre estaba de mal humor y ellos le tenían miedo. Actualmente el padre tiene orden de captura ya que

generalmente discute y pelea con los vecinos. El abuelo de ella también lo ha denunciado porque llega a la casa insultándolos a todos y pegándoles a ella y los hermanos. Una vez el padre trató de ahorcarse, cuando llegaron la sogá estaba colgando y él se iba a amarrar, pero ella piensa que en realidad no lo iba a hacer, porque si estaba dispuesto a hacerlo no les hubiese dicho a ellos que se iba a ahorcar. Al menos se siente contenta porque la madre se casó nuevamente, está embarazada y tiene mejor vida.

Ella es la hija mayor de tres hermanos, la única hembra, los quiere mucho y los ayuda en lo que puede. El que tiene once años tiene parálisis cerebral y el que tiene nueve años está ciego de un ojo, lo operaron pero está igual. Cuando llega a casa de la escuela tiene que ponerse a hacer los quehaceres de la casa, ya que la abuela sale temprano de casa y llega en la tarde, luego de ayudar en casa estudia y hace sus tareas y en la noche ve televisión. Gateó a los seis meses, caminó y dijo las primeras palabras cuando tenía un año.

En la escuela primaria repitió tercer grado dos veces, ella le hablaba normal a sus compañeros, pero no le gustaba ir debido a que sus compañeros se burlaban de ella por su dentadura, ya que los dientes los tiene un poco grandes y entonces sus compañeros no querían hacer los trabajos con ella y cuando el maestro los obligaba a que trabajaran con ella lo hacían sin ganas. Esto sucedía con ciertos estudiantes. Actualmente en séptimo grado tiene dificultades en tres materias (ciencias, inglés, matemáticas), algunos docentes son considerados con ella por su situación, pero otros no, sin embargo se relaciona con algunos de los compañeros, aunque ella no se atreve a preguntarle a los docentes cuando no entiende algo, prefiere hacerlo a sus compañeros. Dice que a ella no la pensaban poner a estudiar debido a que no había dinero, pero la tía de Panamá fue la que le pagó la matrícula. Es una chica tranquila en el colegio, no ha tenido ningún problema con los docentes, ni con los compañeros.

Se desarrolló cuando tenía nueve años de edad. No ha tenido novio, sin embargo le gustan algunos jovencitos, pero no quiere que su abuela o padre se enteren porque la regañarían e incluso le pegarían.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: lentificación leve, aun mostrando la paciente una motilidad normal desde el punto de vista cuantitativo, se muestra debilitado, habla y actúa lentamente si se le asignan tareas complejas.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: ligeramente ansiosa, por el hecho de no permitirle que vea a la madre.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientada en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: ligera tristeza, pues por el hecho de no poder ver a su madre en ocasiones se siente triste.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometidas, por el hecho de que los dígitos no los repitió correctamente.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es parcial cuando el paciente frecuentemente no reconoce el trastorno mental, no tiene conciencia de estar enfermo y niega el impacto del trastorno sobre sí mismo y el entorno, a pesar de que acepta el tratamiento y atribuye el trastorno a circunstancias externas.

Crítica: congruente, ya que la paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas relativos a la enseñanza.

Problemas económicos.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 2**Datos Generales**

Nombre: C. L. R.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 17 de marzo de 1994

Edad: 12 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante

Personas que viven con el paciente: vive con la abuela paterna quien tiene 50 años. Sin embargo visita a la madre, abuelos maternos, hermana, tía y primos todos los días.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste porque mis padres están separados desde que yo tenía cuatro años, a veces me da mucha rabia. Es como si la mente se me cerrara y quisiera morirme, porque me siente solo y pienso que nadie me quiere”

Historia de la Enfermedad Actual:

Cuando los padres se separaron él no sintió que esto le afectara a él en ningún sentido porque estaba un tiempo con el padre en Panamá y otro con la madre en Ocú. Pero desde que inició la escuela y se fue a vivir con la madre fue cuando empezó a extrañar a su padre. Sin embargo a partir del año 2006 es que ha empezado a sentirse triste, a pensar que la vida no tiene sentido, aunque no sabe porqué siente y piensa esto, ya que su familia lo quiere.

Actualmente se siente triste, porque casi no ve al padre, sólo en vacaciones y eso es poco para él. También se siente muy triste por la muerte de un tío quien era para él como el padre y esto lo afectó muchísimo, ya que el apetito desapareció, no podía dormir,

soñaba con el tío. Cuando se recuerda del tío llora y en estos momentos lo hace, pero a los pocos minutos se calma. Dice que es que no lo puede evitar.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía, malcriadez con la abuela.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima.

Anamnesis Somática:

Cuando la madre tenía dos meses de embarazo sufrió un accidente vehicular, estuvo tres días hospitalizada, pero gracias a Dios a él no le sucedió nada. La madre recibió todos los controles médicos. No tuvo aborto previo ni posterior al nacimiento del paciente. No ingirió alcohol, ni fumó durante el embarazo. El parto fue natural, sin complicaciones. Sólo ha sido hospitalizado por resfriados comunes.

Anamnesis Personal y Familiar:

Manifiesta que la bisabuela por la línea paterna es quien presenta problemas cardíacos. La madre es secretaria en un colegio de la provincia de Herrera y el padre trabaja en Panamá de promotor de ventas en una empresa; ambos son quienes le pagan los gastos de la escuela. Lo que él suele hacer los fines de semana es irse de paseo con sus familiares a la finca, a él le encanta ir allá y compartir con la familia. También está en un grupo juvenil en donde celebran la palabra de Dios, cantan y la pasan muy bien. Prácticamente todas las tardes juega béisbol o fútbol con sus amigos.

Los padres de él se separaron debido a que la madre se enteró que él andaba con otra mujer. Actualmente el padre está casado y tiene niños con su actual esposa, sin

embargo la madre está sola, pero a él no le gustaría que su madre se casara nuevamente. Se lleva muy bien con sus hermanos por parte de padre quienes viven en Panamá, pero quiere más a la hermana materna, quien es mayor que él, ya que convive con ella todos los días, aparte de que esta le ayuda en la escuela. El quiere mucho a ambos padres e igual los padres lo quieren a él, pero a veces él se siente solo y piensa que nadie lo quiere, sin saber el porqué se siente así. Lo poco que recuerda de la relación entre sus padres, a veces peleaban y discutían y manifiesta que si era para que se la pasaran peleando lo mejor fue que se separaron. Aunque aclara que a él le hubiese gustado que sus padres se llevaran bien, que se quisieran y estuviesen juntos y así él sería más feliz.

Desde que C. L. R. recuerda la situación económica es la misma, ha pesar que algunos de los compañeros hablan de dinero a él eso no le interesa, ya que se siente bien con lo que posee. El desarrollo psicomotor fue normal, ya que gateó a los seis meses, caminó y dijo las primeras palabras al año.

Generalmente ha tenido a la madre a su lado, cuando estaba en primer y segundo grado la madre se fue a trabajar a Panamá y se lo llevó. De día lo cuidaba una tía y los fines de semana el padre se lo llevaba a su casa. Ha pesar de haber iniciado la escuela primaria allá, cuando regresó a Ocú se adaptó fácilmente. El promedio en la primaria fue de 4.2, actualmente en el colegio le va bastante bien, puede ir mejor sólo que es fresco y a veces no estudia por estar jugando o deja los trabajos para última hora y la madre y la hermana son los que entonces le ayudan. Siempre le han inculcado valores como el respeto, honradez, honestidad, ayudar a las personas entre otros. Reconoce que es un poco intranquilo en la escuela, es decir, que constantemente se levanta, habla y por esto los docentes le llaman la atención, pero nunca ha tenido que llevar a la madre a la escuela por peleas o por problemas de disciplina. Manifiesta que hasta el momento no le gusta ninguna jovencita, que a él sólo le interesa pasar el año escolar y que su familia esté bien, lo de las novias será más adelante.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, en lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: ligera tristeza, ya que el paciente se muestra melancólico, triste y llora cuando se tratan ciertos temas.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación del paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: ligeramente ansioso, ya que a medida que se le hacían las preguntas se estaba comiendo las uñas y constantemente movía los pies.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientado en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: ligera tristeza, provocada por el hecho de que sus padres están separados y por la muerte del tío.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida, por el hecho de que los dígitos no los repitió correctamente.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, ya que el paciente reconoce que tiene dificultad y que necesita ayuda para estar bien.

Crítica: congruente, ya que el paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 3**Datos Generales**

Nombre: K. E. P.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 26 de enero de 1993.

Edad: 13 años

Dirección: Ocu

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Personas que viven con la paciente: la abuela materna quien tiene 55 años y el tío de 16 años.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste, sola, que nadie me quiere, ni me comprende ya que ninguno de mis padres vive conmigo, estoy con mi abuela, sé que ella me quiere pero por su edad pienso que no me comprende, a veces me regaña por cosas que yo creo que no debería ser”.

Historia de la Enfermedad Actual:

Desde que nació mis padres están separados, la verdad no sé porqué nunca he tenido curiosidad por conocer la razón por la cual fue la separación. A partir de los 12 años es que ha empezado a sentirse más sola, triste y que nadie la quiere, pero al pasar los meses se siente peor. Cuando la abuela la regaña y ella piensa que es sin razón, le da un gran enojo y se pone a llorar encerrada en el cuarto, ya que no quiere que la abuela se entere lo mal que se siente. A veces las personas piensan que ella está bien pero no se imaginan lo triste y sola que se siente. Nunca ha ido al médico o al psicólogo a buscar ayuda porque en verdad no sabe que es lo que le van a hacer.

Anamnesis Somática:

Durante el embarazo la madre recibió los controles médicos necesarios, no ha tenido aborto antes ni después del nacimiento de ella. La madre no ingería alcohol durante el embarazo, ni fumaba tampoco.

El parto fue natural, no tuvo complicaciones. Ella que recuerde, nunca ha sufrido de ninguna enfermedad, solamente ha sido hospitalizada por resfriados comunes.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Dificultad para concentrarse en lo relativo a la escuela.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima

Anamnesis Personal y Familiar:

Nadie de su familia, ya sea por parte de padre o madre sufre de enfermedades. Como se mencionó anteriormente ella toda la vida ha vivido con la abuela quien le ha inculcado valores como el respeto, la honestidad, la responsabilidad entre otros; y el tío, ya que su padre trabaja en Panamá, está casado y tiene dos niños, una niña de seis meses y un niño de meses de nacido. Ve al padre generalmente de dos meses a dos meses que viene acá a verla, se lleva muy bien con sus hermanitos, los quiere mucho al igual que al padre. Por otra parte, la madre trabaja en Arraiján, tiene cuatro niños varones de ocho, siete, cinco y cuatro años, aunque la madre actualmente está separada. Ve a la madre y los hermanos de mes a mes ya que ésta viene acá a visitarlos e igual los quiere mucho. Para las vacaciones ella va a visitarlos.

El tío es quien trabaja como peón agrícola, la madre les envía comida y dinero y el abuelo paterno también la ayuda con una pensión. Ellos los fines de semana van a visitar los familiares que viven por allí cerca, la abuela está en un grupo de la iglesia y ella la acompaña, a ella le gusta ir porque así se distrae un poco y habla con algunos jóvenes sobre la palabra de dios y otros temas de jóvenes.

K. E. P. gatea a los ocho meses de edad, camina y dice la primera palabra al año y fue ama. Ella piensa que para los padres lo más importante deben ser los hijos; sin embargo ella se siente necesitada de afecto de ambos padres.

La paciente señala que en la escuela primaria nunca tuvo dificultades académicas, problemas con compañeros o docentes; sin embargo si manifestó que le costó adaptarse ya que recuerda que cuando la abuela la llevaba a la escuela lloraba porque se quería regresar con ella para la casa, esto fue al principio, luego se adaptó bien. Ahora en séptimo grado le ha ido muy bien con los docentes, compañeros y académicamente tenía dificultades en matemáticas e historia pero finalmente pasó el año escolar. Nunca han citado a la abuela en la escuela por situaciones disciplinarias o de conducta. Es una chica bastante callada, pero de buena conducta y respetuosa. Señala que se desarrolló en el año 2006, que fue normal para ella porque la abuela le había dicho que iba a tener un sangrado a esa edad, además de que en la escuela le habían dado varias charlas y películas sobre el tema. No piensa en novios, está muy chica para esto y sólo piensa en la escuela.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientada en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: ligera tristeza, por el hecho de no vivir con ninguno de los padres y el no poder disfrutar de lo que era una familia.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida, por el hecho de que los dígitos no los repitió correctamente.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, ya que el paciente reconoce que tiene dificultad y que necesita ayuda para estar bien.

Crítica: congruente, ya que la paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 4**Datos Generales:**

Nombre: R. C. R.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 5 de octubre de 1993.

Edad: 13 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante

Personas que viven con el paciente: la madre de 32 años, el hermano de 9 años, la hermana de 7 años, la abuela materna de 58 años, las tías de 29 y 15 años, la prima de 9 años y los primos de 21 y 1 año.

Motivo de consulta:

“Me siento muy triste, debido a que mis padres se separaron en junio del 2005, ahora mi padre está en Panamá y solamente lo puedo ver cuando puedo ir allá”.

Historia de la Enfermedad Actual:

Señala que antes de la separación de los padres era un niño feliz, ha pesar que los padres discutían, e inclusive ha pesar que se separaron en junio de 2005, ambos vivían en la misma casa en Panamá, no fue hasta febrero del año pasado cuando la madre decidió venirse a vivir a Ocú con él y los hermanos. Aquí fue donde él vino a sentir realmente la falta que le hacía el padre, debido a que ya no podría verlo, jugar con él, ni contarle algunas cosas.

Anamnesis Somática:

La madre recibió todos los controles médicos necesarios, no tuvo aborto previó a él pero si después que nació su hermana menor, debido a que se había operado para no tener más bebés, pero salió embarazada, no lo sabía y lo perdió. No ingería alcohol ni

fumaba durante el embarazo. Durante el parto no tuvo complicaciones, éste fue natural, nació un niño sano.

Manifiesta que es asmático, cuando era niño se puso muy mal debido a que le dio una fuerte crisis y fue hospitalizado por tres días. A los siete años fue operado de las glándulas y la nariz. De allí se ha enfermado con resfriados, pero nada de gravedad.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima.

Anamnesis Personal y Familiar:

El tío y la abuela por línea materna son hipertensos y la bisabuela paterna es diabética. De niño en su familia todo era felicidad, hasta inicios del año 2005, cuando los padres pasaban discutiendo y gritando. Recuerda momentos en que los gritos en el cuarto de los padres eran tan fuertes, que en varias ocasiones él intervenía llorando por temor a que se dijeran palabras obscenas o que llegaran a los golpes. Afortunadamente nunca escuchó palabras obscenas entre ellos, ni que se golpearan, cuando él intervenía en las discusiones estas terminaban, pero ya él no quería seguir viviendo en ese ambiente de peleas, en parte se siente tranquilo porque las discusiones cesaron y los padres se hablan normalmente cuando la madre y los hermanos van a Panamá, pero muy triste porque no tiene a ambos padres a su lado. Manifiesta que no pierde la esperanza de que los padres vuelvan a estar juntos.

La situación económica ha sido siempre la misma, la madre nunca ha trabajado siempre se ha dedicado al cuidado de ellos. El padre se dedica a la compra y venta de

cerdos. En su casa nadie trabaja, los familiares en Panamá les envían dinero y comida y el padre a ellos les manda dinero y les paga la escuela.

Es el mayor de tres hermanos, los quiere mucho y por el hecho de ser el mayor los cuida, los ayuda en la escuela y en lo que puede. Al tener sus hermanos se llenó de alegría porque ya tenía con quien jugar y compartir. Gateó a los seis meses, caminó y dijo las primeras palabras al año. En los fines de semana ellos se van al río, playa y a visitar los familiares que tienen en Veraguas.

Los padres le han inculcado valores, como son el respeto a los mayores, cuando llegan visita a casa no escuchar las conversaciones, respetar lo ajeno, entre otros. Está en un grupo juvenil de la iglesia, donde reciben charlas, celebran la palabra de Dios.

En cuanto a la escuela primaria fue un estudiante regular, estaba en escuela privada, tuvo buena adaptación, no tuvo dificultades en cuanto a problemas de atención, hiperactividad, fugas o sanciones por mal comportamiento. En la escuela primaria se le hizo un poco difícil la adaptación, debido a que era escuela primaria, no conocía a ninguno de sus compañeros ni profesores, sin embargo al poco tiempo se adaptó bien. Es un estudiante con un promedio de 4.0, bastante maduro para su edad, se relaciona bien con los compañeros y docentes, acata las reglas y normas. Le gusta conversar con sus compañeras, pero hasta el momento no le gusta ninguna, eso vendrá con el tiempo manifiesta el joven.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación del paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientado en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: ligera tristeza, por el hecho de no poder estar con el padre.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: normal, respecto a que repitió los dígitos correctamente hacia delante y hacia atrás.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es parcial, ya que el paciente frecuentemente no reconoce el trastorno mental, no tiene conciencia de estar enfermo y niega el impacto del trastorno sobre sí mismo y el entorno, a pesar de que acepta el tratamiento y atribuye el trastorno a circunstancias externas.

Crítica: congruente, ya que el paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Negación

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 5**Datos Generales**

Nombre: Y. R. S.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 4 de agosto de 1993.

Edad: 13 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Personas que viven con la paciente: la madre de 35 años, el padrastro de 42 años, hermana de 16 años, hermano de 15 años y hermanas de 10 y 7 años.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste y mal sin conocer a mi padre; se que se separaron cuando tenía tres meses de nacida, nunca a él le he preocupado y me gustaría tenerlo en frente para hacerle una serie de preguntas entre ellas: ¿Acaso fui yo la responsable de la separación de ellos, para que él nunca se haya interesado o preocupado por mí?”.

Historia de la Enfermedad Actual:

Manifiesta la paciente que desde finales del año 2005, es que ha empezado a sentirse triste, sola, que ni siquiera le importa a su padre. Esto ha sucedido porque la abuela era quien la consentía a ella, quien la escuchaba, la aconsejaba y además le daba dinero para ropa y para la escuela, pero la abuela por problemas matrimoniales se fue a vivir a Chitré; así que ahora la extraña y la necesita más que nunca, ya que ella a quien le confiaba todo era a ella. Aparte de esto el padre de ella, sólo llama a la hermana mayor y la invita a que vaya a Panamá para verla y comprarle ropa y lo que necesita. Esto le da mucho enojo a ella, tanto con el padre como con la hermana, ya que ésta se gasta el dinero sólo para ella y no es capaz de traerle nada a ella ni al hermano, y ella considera que los tres tienen el mismo derecho. El hecho de no conocer a su padre la enoja, a veces

porque tiene muchas dudas y le pregunta a la madre y a la abuela, pero estas no le dicen nada, aunque también señala que con el padrastro que tiene ahora se siente muy bien y que ha sabido desempeñar bastante bien el papel de padre.

Anamnesis Somática:

El embarazo fue normal, la madre recibió los controles médicos necesarios, no tuvo aborto previo al nacimiento de ella ni después de este. Nunca ha fumado, ni ha ingerido bebidas alcohólicas. Durante el parto no tuvo ninguna complicación; este fue natural.

La paciente no ha sufrido ni sufre ninguna enfermedad, solamente recuerda que ha ido al médico por resfriados comunes y que la han hospitalizado por vómitos y dolores de cabeza.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima

Anamnesis Personal y Familiar:

De su familia que ella conozca nadie sufre de enfermedades.

Como se mencionó anteriormente, la paciente no conoce al padre sólo sabe como se llama, aunque ha hecho algunas preguntas relacionadas con ¿porqué se separaron?, ¿porqué nunca se ha interesado por mí , ni por mi hermano, solo por mi hermana mayor?, si igual los tres somos hijos de él, nunca ha recibido respuestas. El padrastro tiene once años de estar viviendo con ellos, ha pesar que este le ofrecía cariño, a ella le costaba mucho corresponderle y confiar en él, pero en los últimos meses, las cosas han cambiado

para bien de ella, ya que confía en él, la aconseja, le da dinero para la escuela y para que ella se compre ropa, y lo más importante es que ella lo puede ver como el padre que nunca tuvo. Los trata a todos por igual, a todos les está dando la educación que ella considera es un aspecto muy importante, pero igual siguen las incógnitas referentes a su padre.

El padrastro es el dueño de un bus de la ruta Ocú- Chitré, y la madre es secretaria en el registro público. La situación económica ha sido siempre la misma, no se queja porque ella conoce a muchos jóvenes que quisieran tener lo que ella tiene, es decir que se siente bien con lo que poseen. Los fines de semana acostumbran ir de paseo a la playa, río, cine y visitar los familiares que viven cerca.

Y. R. S. es la tercera de cinco hermanos maternos, ella quiere a sus hermanos mucho, aunque ha tenido de unas semanas para acá dificultad con la hermana mayor, ya que ésta la está celando con el novio, cuando en realidad la paciente señala que la relación inició porque ella era quien le daba los saludos de ella para él y que la hermana le ha prohibido que el novio le hable a ella, aparte de que en cierta forma ella siente celos de su hermana porque conoce al padre y le da dinero para lo que ella quiere. La paciente le dijo al novio de la hermana que para evitar problemas que mejor, pues, no se hablaran.

La paciente gateó a los ocho meses, caminó y dijo las primeras palabras al año y tres meses. Cuando los padres de ella se separaron, la madre, ella y los hermanos se fueron a vivir con los abuelos maternos unos meses. Luego se casó con su actual padrastro y se fueron a vivir en la casa que este tenía. La madre y el padrastro tienen muy buena relación, entre ellos reina la comprensión, el diálogo, sólo una vez escuchó la discusión de el padrastro con la madre, debido a que este estaba tomado, el otro día el le pidió disculpa a la madre y de allí en adelante todo ha marchado bien. Ellos le han inculcado a Y. R. S. valores como el respeto, el amor, la honradez, entre otros.

En la escuela primaria le fue bien, era una estudiante regular, quien se adaptó muy bien, no era hiperactiva, se llevaba bien con sus compañeros y profesores. Actualmente en octavo grado le va regular académicamente, ya que va baja en algunas materias, pero al final de año recuperó los fracasos y pasó a noveno; tiene buena comunicación con sus compañeros y profesores.

Se desarrolló a los diez años, ha tenido novio con permiso de la madre y del padrastro, pero no ha tenido relaciones sexuales, ya que considera que está muy chica y que ahora ella sólo debe de concentrarse es en la escuela.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto ala tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientada en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: normal.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, cuando el paciente es capaz de describir sus problemas como consecuencia de un trastorno.

Crítica: congruente, ya que la paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 6**Datos Generales**

Nombre: E. B. CH.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 17 de marzo de 1991.

Edad: 15 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante

Personas que viven con el paciente: el padre de 56 años, la madre de 36 años y los hermanos de 17 y 9 años respectivamente.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste y preocupado debido a que mis padres constantemente se la pasan discutiendo, porque mi padre renunció al trabajo que tenía en Panamá y nos tuvimos que venir para Ocú, mi madre no estaba de acuerdo”.

Historia de la enfermedad actual:

Ha empezado a sentirse triste y preocupado a partir de julio de 2005, cuando se regresan a Ocú, ya que el padre renuncia al trabajo que tenía en Panamá por problemas con el jefe, pero la madre no lo acepta. Ella estaba acostumbrada a una vida diferente. Desde que se mudaron para acá la madre constantemente le dice, que él no sirve para nada, ni para ayudarlo en la casa, ni funciona en el colegio, lo regaña, no lo deja salir a ninguna parte, entre otras cosas.

La verdad es que él no sabe que hacer, porque la madre la tiene con él y a su padre no se atreve a decirle lo que piensa. Además, el paciente señala que él no es el responsable de que se hayan ido para Ocú, pero aparentemente eso es lo que ella piensa.

El paciente tiene la esperanza de que en poco tiempo la madre cambie la forma de tratarlo y que acepte que están en Océ, porque si no, él no sabe qué va a hacer.

Anamnesis Somática:

El embarazo fue normal, ya que recibió todos los controles médicos necesarios. No ha tenido aborto previo, ni posterior al nacimiento del paciente. La madre no ha ingerido bebidas alcohólicas, ni cigarrillo o alcohol.

Durante el parto la madre no tuvo ninguna complicación, este fue natural. El paciente no ha padecido ninguna enfermedad, solamente resfriados comunes y la alfarilla que le dio de niño.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía.

Enlentecimiento psicomotor.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Dificultad para concentrarse en lo relativo a la escuela.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima

Anamnesis Personal y Familiar:

El padre es hipertenso y la abuela materna es diabética. Como se mencionó anteriormente los padres, el paciente y sus hermanos vivían en Panamá hace seis años. La madre trabajaba limpiando casas de personas adineradas, mensualmente ganaba mil dólares y el padre trabajaba en una compañía constructora en la cual ganaba bastante bien también.

El padre en Ocú puso un minisuper para invertir en algo, pero la madre se niega completamente a colaborarle. Aparte de que el padre da mucho crédito a los clientes por eso la situación económica, es completamente diferente a la de Panamá, donde había muchas comodidades; motivo por el que la situación económicamente era mejor antes que ahora.

De lo que el paciente recuerda los padres en Panamá, prácticamente no tenían discusiones, es decir no se gritaban, cosa que actualmente ocurre constantemente; es decir que para él, venirse para Ocú no les ha favorecido en nada a su familia. Los padres ha pesar de que últimamente discuten bastante, señala el paciente que el matrimonio para ellos es sagrado y que ha pesar de todo no se separarán; siempre los habían tratado a los tres por igual, nunca había distinciones para ninguno de ellos; sin embargo, para él las cosas han cambiado en torno a la relación con la madre y lo peor es que no conoce la causa.

La escuela primaria la realizó en Panamá en escuela privada, era un estudiante con promedio de 4.2; séptimo grado también lo realizó en Panamá, donde estaba internado, lo que no le agradaba mucho, ya que solamente veía a los padres los fines de semana, pero igual iba bastante bien en la escuela. Inició octavo grado en Panamá, pero a mediados tuvo que regresar a Ocú, después de seis años, a compartir con compañeros, estudiantes que no conocía, se adaptó bastante bien, pero académicamente se quedó en matemáticas. Actualmente en noveno, es un estudiante regular y por un mal entendido no pudo rehabilitar matemáticas el año pasado, por lo que pasó todas las materias de noveno, pero en verano debe dar matemáticas de octavo grado. Nunca han citado a sus padres para que venga al colegio por problemas de disciplina.

Es el segundo de tres hermanos, siempre se ha llevado muy bien con ellos, extraña al hermano mayor quien trabaja en Panamá y sólo lo ve cuando hay días libres. Con el hermano menor juega y lo ayuda en lo que puede de la escuela. El paciente gateó a los siete meses, dijo las primeras palabras como mamá, tetita a los nueve meses y camina a

los trece meses. Actualmente está en un grupo juvenil y realizando la confirmación. Los fines de semana van a visitar los familiares cercanos, y extraña los paseos a la playa, cine, ir de compras entre otras cosas que realizaban en Panamá.

Manifiesta el paciente que inició la actividad masturbatoria a la edad de doce (12) años, que actualmente lo hace, especialmente cuando observa películas pornográficas. Ha pesar que hace algunos meses, salía con una chica y deseaba tener relaciones sexuales con ella, nunca se atrevió a decírselo, por lo que hasta la fecha no ha tenido relaciones sexuales con ninguna chica.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación del paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientado en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: normal.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida, ya que no repitió correctamente los dígitos.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, cuando el paciente es capaz de describir sus problemas como consecuencia de un trastorno.

Crítica: congruente, ya que el paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas relativos a la enseñanza.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 7**Datos Generales**

Nombre: A. M. U.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 1 de enero de 1992.

Edad: 14 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: media

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Personas que viven con la paciente: el abuelo paterno de 78 años y la abuela materna de 56 años.

Motivo de consulta:

“Me siento triste y sola porque mi padre no me comprende y pienso que quiere más a su actual esposa que a mí que soy su hija y esto me hace sentir muy mal, frecuentemente lloro por esto y discuto con él”.

Historia de la Enfermedad Actual:

Los primeros síntomas aparecieron en diciembre del año 2006, cuando el padre se casa nuevamente. Señala molestarse, enojarse por el hecho de que lleve la esposa a pasear a la casa donde vive con sus abuelos; manifiesta no soportarla ni quererla ver. Sin embargo pasados los meses poco a poco ha aceptado la decisión del padre de casarse y cuando los va a visitar ya no le molesta.

Anamnesis somática:

La madre dio a luz a la paciente cuando tenía quince años de edad, ha pesar de que señalaban los médicos que era un embarazo peligroso por la edad de la paciente, la madre recibió los controles médicos necesarios y no tuvo ninguna dificultad, como tampoco en el parto.

La paciente es una persona muy sana, no recuerda la hayan hospitalizado por nada.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía, malcriadez; especialmente con el padre.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima.

Anamnesis Personal y Familiar:

El abuelo paterno es hipertenso y dos veces le ha dado derrame. La abuela materna es diabética. La abuela paterna murió ahorcada cuando el padre sólo tenía un año de edad. Alrededor de los seis años los padres se separaron, debido a que la madre no soportaba que el esposo la siguiera maltratando física y psicológicamente. Una vez recuerda que la madre de la desesperación se tornó treinta pastillas y luego se cortó las venas. También una vez cuando el padre de la paciente iba a maltratar a la madre, esta agarró una barra de hierro y casi lo mata y de la rabia que tenía la madre la tuvieron que amarrar a la cama porque no la podían controlar. Según la paciente la separación de los padres fue lo mejor, ya que de lo contrario uno de los dos hubiese estado muerto.

A los siete años de edad, la paciente fue llevada al psicólogo cuando los padres se iban a divorciar. Recuerda que el día del juicio para ver quien se ganaba la custodia de la paciente, el padre le dice, cuando te pregunten con quien te deseas quedar, di con mi papá, ya que este le había prometido que le iba a comprar juguetes, regalos y demás cosas, por lo que ella responde que desea quedarse con el padre, pero actualmente ella desea vivir con la madre, quien se casó nuevamente y tiene un hermano de dos años de edad a quien quiere mucho.

La paciente también manifiesta que la madre una vez que estaba tomada le dijo que ella era una hija producto de violación, en ese momento ella no dijo nada, ni hizo nada porque esto le cayó como un balde de agua fría. Al día siguiente con lágrimas en los ojos le pide a la madre que le repita lo que le había dicho la noche anterior, pero esta le dice que es mentira, que ella tomada dice muchas cosas. También se lo ha preguntado al padre y a los abuelos pero estos se lo niegan y le dicen que es mentira, sin embargo es una duda que tiene.

El padre se dedica a la compra y venta de cerdos y la madre vive en Chitré pero no trabaja. Cuando estaba en séptimo grado los padres acordaron que ella viviría con la madre, para que ésta la ayudara en la escuela, pero la madre se la pasaba tomando por lo que el padre decidió que se regresara a vivir con él y los abuelos.

La paciente gateó a los siete meses y a esta edad dijo tita, que era el nombre de la perra. Caminó al año. Como se mencionó anteriormente la relación entre los padres de la paciente siempre fue un fracaso, el padre maltrataba a la madre e inclusive el señor se iba de la casa porque no soportaba ni siquiera estar con la señora y cuando llegaba en la noche eran las discusiones y los golpes. Para la paciente era un matrimonio sin amor, ya que según ella manifiesta la abuela obligó a la madre quien sólo tenía catorce años a que se casara.

A.M. U. señala que una vez los padres se separaron ella se volvió una niña rebelde, agresiva, malcriada y que tenían que hacer lo que ella quería, aunque en el fondo nada la complacía; ya que ella lo que deseaba era estar junto a la madre. Sin embargo señala que de unos meses para acá ha sentido un cambio, ya que se siente tranquila, no es rebelde, ni malcriada, ni pide cosas, ya que la situación económica está difícil y ambos padres la ayudan en sus gastos.

En la escuela primaria era una chica regular, no trajo fracasos, en séptimo debido a las dificultades con la madre trajo promedio de 3.4, sin embargo en octavo 4.3 y

actualmente en noveno va regular en el colegio. Es una chica de un comportamiento normal, algunas veces se ha fugado de clases, ya que los docentes dan pereza, pero nunca los familiares han sido citados por problemas escolares.

Se desarrolló a la edad de once años, ha tenido varios novios, sin embargo manifiesta no haber tenido relación sexual con ninguno.

Examen Mental

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientado en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: normal.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida, ya que no repitió correctamente los dígitos.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, cuando el paciente es capaz de describir sus problemas como consecuencia de un trastorno.

Crítica: congruente, ya que la paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Negación

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 8**Datos Generales**

Nombre: D. J. P.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 18 de mayo de 1991.

Edad: 15 años

Dirección: Océ

Situación socioeconómica: baja

Estado civil: soltero

Ocupación: estudiante

Personas que viven con el paciente: el padre de 45 años la madre de 40 años y el hermano de 10 años.

Motivo de consulta:

“Me siento triste, solo, debido a que mi padre no me quiere ya que frecuentemente me dice tú no eres hijo mío, también me grita palabras obscenas”.

Historia de la Enfermedad Actual:

El paciente empieza a presentar dificultades desde que tenía alrededor de siete años, en este tiempo vivían en Panamá, cuando el padre y el abuelo paterno tuvieron una pelea, debido a que el padre del paciente pasaba frecuentemente tomando licor y cuando llegaba a la casa estaba enojado e insultaba a la esposa. El abuelo del paciente hablaba con el señor para que dejara de estar bebiendo, pero las llamadas de atención eran en vano, por lo que el abuelo cansado de la situación le pega al padre del paciente. Dada la situación los padres del paciente se vienen a vivir a Océ y no le han permitido al paciente ver al abuelo más nunca. Esto es lo que a él más le duele, ya que las personas más importantes para él son la madre y el abuelo, ya que éste siempre le demostró que lo quería como a un hijo. No puede ver al abuelo hasta que cumpla los dieciocho años de edad, esto es lo que le dijo el padre, por lo que él desea con ansias, cumplir la mayoría de edad, para realizar uno de sus mayores deseos, volver a ver a su abuelo.

Anamnesis Somática:

La madre recibió los controles médicos necesarios, no padeció de desnutrición, ni de hospitalizaciones. Durante el embarazo la madre no ingirió alcohol, no tuvo ningún aborto, como tampoco fuma. Durante el parto sí hubo complicaciones, ya que tenía dificultades para respirar, situación por la cual estuvo hospitalizado dos meses.

El paciente es asmático, varias veces lo han tenido que llevar al médico porque esta agitado, esto sucede cuando tiene fuertes discusiones con el padre. También es alérgico a la picada de las avispas, una vez fue picado y casi muere, sentía que el aire le faltaba, porque era como si la garganta se le estuviese cerrando, por lo que se cuida de no ser picado nuevamente por alguna avispa.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía, malcriadez con el padre.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Dificultad para concentrarse en lo relativo a la escuela.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima.

Anamnesis Personal y Familiar:

Manifiesta el paciente que la madre es diabética y también toma medicamentos para la depresión, desde que se dio el incidente con el padre y su esposo. Como se mencionó anteriormente, la relación del paciente con el padre es difícil, prácticamente no se dirigen la palabra y cuando lo hacen es para insultarse. No respeta al padre para nada, y no le importa contestarle vulgaridades así como el padre también se las dice a él. Con la madre las cosas están bien, a esta sí la quiere y la respeta, ya que cuando le llama la

atención la madre no le grita, ni le dice vulgaridades, al contrario lo que hace es aconsejarlo y decirle que recuerde practicar valores como el respeto a lo ajeno, ser honesto, decir la verdad, entre otros. Con el hermano tampoco se relaciona bien, ya que manifiesta el paciente que este es el consentido, a quien le compran de todo y a quien sí le ofrecen cariño; además de que no soporta cuando le agarra las cosas que son de él y para completar no lo puede ni siquiera regañar, porque finalmente a quien regañan es a él, por lo que prefería tener una hermana mujer.

La madre trabaja como ama de casa, el padre es peón agrícola. Los padres de vez en cuando van a visitar a los familiares en distintos lugares del país; sin embargo a él nunca lo invitan, pero a él le da igual ya que prefiere no ir, porque no le gusta estar con el padre, ni con el hermano, por lo que él se va a visitar a otros familiares. También juega bingo con los vecinos y los sábados se va a trabajar como peón agrícola para tener algo de dinero, ya que el padre no le da, solo le da la madre algo de lo poco que tenga.

Actualmente los padres se la pasan discutiendo, debido a que el señor de siete días que tiene la semana llega bebido a la casa seis, entonces la señora le dice que se gasta el poco dinero que tiene en licor, en vez de dejarlo para otros gastos de la casa, pero el señor contesta, que él hace con su dinero lo que le da la gana. Son pocas las veces en que la casa del paciente se respira paz y tranquilidad, ya que si las peleas no son entre los padres, son entre él y el padre, por lo que quisiera vivir en paz y que nadie se meta en su vida.

Por otra parte el padre del paciente sale con otra mujer, la esposa lo sabe y el paciente le dice a la madre que se separen que ella no se merece eso, pero la señora le contesta que mientras le lleve algo para la comida ella sigue con él y que si esto algún día ocurre (no llevar nada para la casa) se dejan porque hombre es lo que sobra.

Según recuerda el paciente hasta los siete años, ha pesar que el padre tomaba ellos eran en verdad una familia, ya que los padres discutían pero no frecuentemente como

ahora; además de que la situación económica también era mejor a la que están viviendo actualmente, pero desde que sucedió el problema con el abuelo todo cambió. El paciente gateó a los ocho meses, dijo las primeras palabras (papá, mamá, agua) a los nueve meses y caminó al año y tres meses.

En relación al rendimiento escolar, en la escuela primaria su promedio fue de cuatro con tres (4.3), en la escuela secundaria séptimo y octavo grado no hubo dificultades, aunque su promedio bajó a tres con nueve (3.9), pero ahora en noveno grado ha bajado notablemente sus calificaciones trayendo fracasos en diferentes materias. Señala haber descuidado la escuela aunque no se explica la razón. Sin embargo lo han sancionado dos veces en el colegio (una vez porque le pegó a un joven quien lo estaba molestando y la otra porque le contestó con groserías a un docente).

Ha tenido relaciones sexuales con jovencitas de su edad, siempre ha utilizado preservativos, aunque la primera relación sexual la tuvo con una señora de treinta años, a él le agradó tener esta experiencia ya que le enseñó algunas formas de tratar a las mujeres. Actualmente gusta de su mejor amiga y no se atreve a decírselo, ya que no sabe la reacción que ésta tendrá y de verdad él no quisiera perder a su amiga, por lo que no sabe si algún día se atreverá a decírselo.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientado en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: normal.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: la atención voluntaria notablemente comprometida, ya que no repitió correctamente los dígitos.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, cuando el paciente es capaz de describir sus problemas como consecuencia de un trastorno.

Crítica: congruente, ya que el paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos
296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas relativos a la enseñanza.

Problemas económicos.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Caso N° 9**Datos Generales**

Nombre: L. L. A.

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 19 de mayo de 1990.

Edad: 16 años

Dirección: Ocú

Situación socioeconómica: baja

Estado civil: soltera

Ocupación: estudiante

Personas que viven con la paciente: el padre de 40 años, la madre de 35 años, hermanas de 15, 12 y 5 años y hermanos de 10, 8 y 2 años.

Motivo de Consulta:

“Me siento triste, sola y a veces me da rabia debido a que mi padre no me quiere, ya que prefiere a la hermana de 12 años, todo es para ella, no permite que haga nada en la casa, casi todo me toca hacerlo a mí y lo considero injusto”.

Historia de la enfermedad actual:

Los primeros síntomas aparecen en abril del 2005, cuando se da cuenta que el padre por ejemplo le compra los mejores útiles escolares a la hermana de 12 años, le da más dinero para la escuela, es decir la consciente en todo lo que pueda.

En un principio comenta, ella no quería aceptar que habían diferencias entre ella y los hermanos en relación con la hermana de 12 años, aunque ella sí se lo comentaba a la madre, hasta que un día cuando el padre la manda a hacer un mandado a la tienda y ella en ese momento estaba barriendo, mientras que la hermana de 12 años estaba viendo televisión, entonces ella le dice yo estoy ocupada mande a mi hermana que no está haciendo nada, pero el padre le contesta, si usted no puede ir en este momento, vaya cuando se desocupe y ella le dice a la madre usted, se dio cuenta, pero la madre no le

contesta nada y esto lo vive ella todos los días y no sabe hasta cuando va a aguantar la situación. En este momento a ella le dio ganas de preguntarle al padre el porqué de la preferencia, pero no se atrevió, por temor a que la regañara o le pegara, ya que en otras situaciones el padre le ha llegado a pegar con correa. Esto a ella le duele mucho, ya que no entiende porqué la preferencia con esta hermana, si todos son hijos merecen tener los mismos tratos y las mismas oportunidades y también le da rabia porque la hermana también es una fresca que se aprovecha de que el padre la prefiere a ella para no colaborarles en nada en la casa. Es cierto que la paciente es la hermana mayor, pero no es para que la tengan a ella como la esclava, porque los demás cooperan, pero a ella es la que le toca hacer la mayoría de las cosas.

Anamnesis Somática:

La madre recibió los controles médicos necesarios, no ingería alcohol ni tabaco durante el embarazo. La paciente no nació en el hospital, sino que la madre la tuvo en la casa y la llevó al médico a los quince días de nacida, pero los doctores manifestaron que estaba bien. Actualmente la paciente tiene bocio, aunque señala que estuvo cuatro años en tratamiento y aunque los médicos le informaron que había bajado, ella siente como si estuviese atorada.

Síntomas:

Tristeza y vacío.

Rebeldía, malcriadez con el padre.

Enlentecimiento psicomotor.

Pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad.

Sentimientos de culpa.

Dificultad para concentrarse en lo relativo a la escuela.

Deseos de morir, aunque no ha habido intento ni un plan para el mismo.

Baja autoestima.

Pérdida de interés en actividades como el juego, estudio, entre otros.

Anamnesis Personal y Familiar:

La madre padece de presión alta y es diabética; el abuelo paterno sufre de gastritis. Los padres constantemente discuten, por una parte por el hecho de que la madre se ha dado cuenta que el padre abusa con la paciente en mandarla a hacer los quehaceres de la casa. Según la paciente la madre ha hablado con el padre respecto a que sea más equitativo en cuanto los quehaceres de la casa y que todos deben aportar ya que la situación está difícil y desde pequeños hay que enseñarles a trabajar. Por otra parte, aparentemente el padre tiene otra mujer y la esposa sospecha, por lo que se la pasan discutiendo, aunque en el fondo la paciente cree que no se han separado es por los hijos, además de la pensión que tendría que pagar.

Por otra parte tienen la costumbre ir a misa todos los domingos, ir al río, acompañar al padre a jugar softball. El padre trabaja en una finca sacando y pelando yucas y la madre está en casa. Señala que anteriormente la situación económica era mejor ya que el padre tenía un puesto de ventas en Panamá, pero luego lo vendieron por lo que el padre se regresó para Océ. Por lo difícil de la situación económica hay momentos en los cuales se siente inferior a alguno de los compañeros, por el hecho de que ellos llevan los útiles escolares y los uniformes al igual que los trabajos bien bonitos y ella también quisiera, pero no puede.

Como se mencionó anteriormente la paciente es la hermana mayor, tiene seis hermanos, a los cuales quiere mucho, con excepción de la que tiene doce años de la cual siente celos. La paciente gateó y dijo las primeras palabras a los seis meses, caminó al año y dos meses. Sus padres siempre le han inculcado valores como el respeto a los demás, la honestidad, entre otros los cuales ella trata de practicar.

En la escuela primaria tuvo un promedio de 4.2, sin embargo cuando entró a séptimo le costó mucho adaptarse, ya que ella procedía de una escuela multigrado y el hecho de cambiar de salones y de tener un docente para cada materia a ella le costó muchísimo por lo que fracasa el año escolar. Actualmente en la escuela va regular,

aunque en algunas materias trae fracasos, pero ella piensa recuperar las calificaciones. No ha tenido problemas en la escuela, aunque le cuesta concentrarse cuando tiene que estudiar.

Se desarrolló a la edad de trece años, tuvo dos novios, pero manifiesta que con ninguno ha tenido relaciones sexuales. Actualmente tiene novio, la madre lo sabe, sin embargo el padre lo desconoce, ya que a éste nunca le ha gustado que tenga novio porque dice estar muy joven para estas cosas y que esto pueda afectarle en la escuela.

Examen Mental:

Aspecto general: normal en lo que concierne al aspecto físico, el vestido y el cuidado de la persona.

Actividad psicomotora: normal, por lo que se refiere a la postura, movimientos expresivos, movimientos reactivos y automáticos, gestos, gesticulación simbólica y movimientos dirigidos hacia un objetivo.

Expresión del rostro: normal, respecto a la tristeza y a la alegría.

Mímica y gesticulación: normal, respecto a que las mímicas y gesticulación acompañan el lenguaje y le confieren expresión al contenido verbal de la comunicación.

Manera de aceptar el interrogatorio: cooperación normal.

Variación cuantitativa del discurso: normal respecto al ritmo o frecuencia de la conversación de la paciente.

Lenguaje: normal.

Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: normales.

Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: normal, desde el punto de vista de las reacciones ansiosas.

Perplejidad: ninguna.

Orientación: normal, ya que está orientada en persona, tiempo, lugar y espacio.

Organización estructural de la comunicación verbal: coherente, lógico y formal.

Transformación patológica de la realidad: mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones en dicho contacto, ya que no se presentan alucinaciones ni delirios.

Capacidad ejecutiva: normal, respecto a las funciones de planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Orientación del estado de ánimo: normal.

Memoria: normal la memoria inmediata visual, auditiva, a corto plazo, a largo plazo y la remota.

Atención: normal, respecto a que repitió correctamente los dígitos hacia delante y hacia atrás.

Concentración: normal ya que golpeaba la mesa cada vez que escuchaba la letra A.

Conciencia de la enfermedad: la introspección es completa, cuando el paciente es capaz de describir sus problemas como consecuencia de un trastorno.

Crítica: congruente, ya que la paciente critica en forma adecuada todas sus experiencias, sin que ello estimule alguna liberación de elementos ansiosos. Aparece por completo alejado del episodio psicótico vivido.

Diagnóstico:

Eje I: F32.0 Trastorno Depresivo Mayor, único, leve, con síntomas melancólicos 296.21

Eje II: Z03.2 Ninguna enfermedad.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Problemas relativos a la enseñanza.

Problemas económicos.

Eje V: E.E.A.G. 61-70

Ocú, 10 de Mayo de 2006.

NOTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Padre de Familia:

Las fechas (19 y 26 de abril), como parte de una investigación sobre la prevención de problemas emocionales evaluamos a su hijo_____.

Su hijo fue seleccionado para esta evaluación al azar y de esta evaluación concluimos que:

- Hay algunos elementos en estas pruebas, más mi entrevista personal que nos indican que es necesario efectuar algunas sesiones individuales para el fortalecimiento de su personalidad y apoyo psicológico emocional. Estas sesiones serán completamente gratuitas y ofrecidas en las instalaciones del colegio y no representan ningún riesgo, ni pérdida de tiempo en sus tareas y obligaciones escolares.
- En caso de cualquier información o aclaración me pongo a su disposición en el Colegio Rafael Quintero Villarreal.
- Si está usted de acuerdo con este servicio por favor firme esta nota y devuélvala.

Atentamente

Lic. Marta C. Díaz V.

C.I.P. 1614

Padre de Familia

Ocú, 10 de Mayo de 2006.

NOTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A partir del lunes 22 de Mayo de 2006, estaré ofreciendo sesiones individuales para aquellos estudiantes, que tanto en las pruebas psicológicas como en la entrevista salieron bajos en autoestima, dificultades en su integración social y pensamientos pesimistas.

Las siete (7) sesiones son totalmente gratuitas en las instalaciones del colegio y tienen una duración de 40 minutos.

Una vez terminado este tratamiento podrás superarte y crecer emocionalmente.

Con mi firma acepto acudir a estas sesiones con la psicóloga Marta Díaz.

Estudiante